

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929 — N° 5

Contribution à l'étude des fibromes utérins au cours de la puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 1929

par

MAÏZA ALI

né le 7 Juin 1902 à la Commune mixte de Saint-Arnaud (Ouled Ali ben Naceur)

ooooo
ooooo

MEMBRES DU JURY

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétrique et de
puériculture du premier âge

Président

COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale.

Assesseur

HOUËL, Agrégé (Obstétrique)

FERRARI, Agrégé (Chirurgie)

1929

Société Algérienne d'Imprimerie et d'Édition
Alger

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929 — N° 5

Contribution à l'étude des fibromes utérins au cours de la puerperalité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 24 Mai 1929

par

MAÏZA ALI

né le 7 Juin 1902 à la Commune mixte de Saint-Arnaud (Ouled Ali ben Naceur)

ooooo^ooooo
ooooo^ooooo

MEMBRES DU JURY

MM. LAFFONT, Professeur de clinique obstétrique et de puériculture du premier âge	<i>Président</i>
COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale.	<i>Assesseur</i>
HOUËL, Agrégé (Obstétrique)	«
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).	«

1929

Société Algérienne d'Imprimerie et d'Édition
Alger

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESEUR

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U.)
HERAIL (*, I. U.)
GILLOT (I. U.)

PROFESSEURS

Clinique médicale
Clinique ophtalmologique
Clinique médicale infantile
Clinique des maladies des pays
chauds, des maladies syphilitiques
et cutanées
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale et puéricul-
ture du 1^{er} âge
Clinique chirurgicale infantile et
d'orthopédie
Histologie et Embryologie
Anatomie pathologique
Chimie biologique et toxicologie
Hygiène, hydrologie et climatologie
Physiologie
Pharmacie
Chimie minérale et organique
Médecine légale
Anatomie
Microbiologie et parasitologie
Physique médicale
Anatomie médico-chirurgicale et
médecine opératoire
Botanique et matière médicale
Pathologie générale et pathologie
médicale

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U.)
CANGE (*, I. U.)
GILLOT (I. U.)

RAYNAUD (*, A. U.)
COSTANTINI (*, A. U., U.)

LAFFONT (*, A. U.)

LOMBARD (*, I. U.)
WEBER (*, A. U., I. U.)
POUJOL (I. U.)
MAILLARD (*, I. U.)
CHASSEVANT (O. *, O. A. U., I. U.)
TOURNADE (O. *, A. U., I. U.)
MUSSO (I. U.)

GIRAUD (*, A. U., U.)
LEBLANC (*, A. U., I. U.)
PINOY (*, I. U.)
PORTES (*, A. U., I. U.)

CABANES (*, A. U., I. U.)
SENEVET (*, A. U.)

AUBRY (*, A. U., U.)

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. TRABUT (O. *, I. U., O. U.)
ARGAUD (*, I. U.)
VINCENT (*, I. U.)

MM. HERAIL (*, I. U.)
SOULIE (*, I. U.)

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves
sages-femmes
Cours de clin. d'oto-rhino laryng.

MM. FUSTER (*, A. U., I. U.)
ABOULKER (*, U.)

AGRÉGÉS

Chirurgie
Médecine
Physiologie
Anatomie
Chimie médicale
Obstétrique
Histologie
Histoire naturelle pharmaceutique



MM. DUBOUCHER.
FERRARI (A. U.)
POROT (A. U.)
LEBON (*, U.)
HERMANN (*, U.)
RIBET (*, U.)
WUNSCHENDORFF (I. U.)
HOUEL (*, U.)
COURRIER (*, U.)
FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

MOHAMMED TAHAR

Si ABDELHAMID

Professeur d'arabe à Constantine

*Il fut pour nous notre premier
maître, notre meilleur ami.*

A MON PÈRE

*Faible témoignage de mon
affection et de ma gratitude.*

A mon oncle SI AHMED MAIZA

En toute reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur LAFFONT

Professeur de clinique obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fourni le sujet de ce travail, nous a guidé, et nous a toujours réservé un accueil bienveillant. De son enseignement, nous conserverons un vif souvenir. Qu'il veuille bien croire à notre reconnaissance.

A mes Juges

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé HOUËL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé FERRARI

Chirurgien des hôpitaux

Hommages respectueux

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger

A mes Maîtres des Hôpitaux

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

Introduction

La question des fibromes compliqués de grossesse fut de tout temps étudiée et controversée. Mais elle reste encore l'objet de nombreuses recherches et elle soulève toujours des difficultés, malgré les travaux nombreux qui se publient presque chaque année.

A propos de la publication des observations de fibrome et grossesse, recueillies dans la maternité d'Alger depuis 1906, nous nous sommes donnés, sur la proposition de notre Maître, M. le Professeur LAFFONT, de reprendre cette question si importante. Après un historique que, nous nous efforcerons de rendre aussi complet que possible, nous ferons précéder l'ensemble de nos observations, d'une étude analytique, dans laquelle nous mettrons en relief les notions déjà connues sur les fibromes dans leur relation avec la grossesse et signalerons certaines particularités qui nous auront frappé.

Enfin, nous nous attacherons à dégager de la discussion des thérapeutiques successivement mises en pratique dans nos observations, les éléments importants, qui doivent régler la conduite à tenir, en présence des fibromes au cours de la puerpéralité.

CHAPITRE I

Historique

Dans l'étude de cette question vieille de toujours, il faut dire que ce qui a dominé tout d'abord et a été le premier objet des préoccupations des accoucheurs, c'est le facteur dystocique des fibromes. Un peu plus tard, on s'attacha à étudier la nature de ces tumeurs, afin de connaître les modifications anatomo-pathologiques qu'elles subissent du fait de la grossesse, et d'expliquer les dangers dont elles peuvent être l'origine.

Nous rapporterons successivement dans notre historique, ce qui a été fait à ces deux points de vue.

I. — De la dystocie des fibromes et de son traitement

Ces tumeurs naissent et se développent le plus souvent dans la cavité pelvienne. Variables par le volume, la consistance, la nature, elles sont loin de réclamer toujours les mêmes secours. Petites, mobiles ou susceptibles d'être aplaties par la pression, elles ne gênent nullement l'évolution de la grossesse et n'empêchent pas

absolument l'organisme de se suffire pour terminer l'accouchement, si par ailleurs tout est normal. Mais ce dernier devient essentiellement difficile, voire même impossible, si ces tumeurs sont volumineuses et peu réductibles.

Déjà, Ambroise PARÉ en parle, dans « *Les causes de la difficulté d'accoucher* ». Vers 1586 la première myomectomie vaginale est tentée par HANCK. C'est seulement en 1749, que paraît le travail de LEVRET traitant principalement des fibromes bas situés, en particulier de ceux du col de la matrice. Leur traitement se réduit simplement à l'expulsion spontanée de la tumeur, ou à la ligature de son pédicule.

Les observations de dystocie par fibrome deviennent de plus en plus nombreuses et, au début du siècle dernier, CHAUSSIER, BECLARD, Mme LACHAPELLE en signalent des cas. Un nouveau traitement de cette complication de la grossesse proposé à la Réunion des Médecins de Londres en 1756, est accepté un peu partout. Il s'agit de l'accouchement prématuré provoqué. Condamné par BAUDELOQUE et ses élèves, il est pratiqué par MACAULAY et KELLY et l'exemple de ces derniers est suivi en Allemagne, en Italie et en France, bien qu'en 1827, l'Académie ait repoussé ce procédé thérapeutique.

Quoiqu'il en soit, ce procédé est resté très en honneur puisqu'il a été appliqué jusqu'à ces dernières années. En outre, on a recours à d'autres thérapeutiques : la ponction pour les tumeurs qui deviennent molles et plus ou moins fluctuantes, le refoulement pour celles qui conservent de la mobilité ; à défaut de ces moyens c'est à la céphalotomie ou à la césarienne qu'on se résoud.

En 1860, dans sa thèse, TARNIER traite des « Cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des

procédés opératoires relatifs à cette extraction ». Les controverses sur la conduite à tenir atteignant leur apogée à la célèbre discussion de Juillet 1868 et Février-Mars 1869 à la Société de Chirurgie de Paris, à l'issue de laquelle TARNIER déclare que ce serait « un honneur pour cette Société de poser les règles générales qui doivent guider les accoucheurs en pareils cas ». Pour sa part, il préconise l'accouchement prématuré provoqué et recommande la version si, pendant le travail, le sommet ne s'engage pas. Amené ainsi au détroit supérieur, le siège réalise le « coin » qui en s'enfonçant repousse et écarte la masse fibreuse. Les résultats de la césarienne sont déplorables : il la déconseille. Cette opération reste un pis aller auquel on se résout en dernière extrémité. En effet, de 1798 à 1877, pas une seule césarienne pratiquée à Paris, n'a été suivie de guérison de la mère.

Cependant, en 1868, l'hystérectomie est déjà réalisée par STORER à Boston. En 1876, PORRO pratique l'opération qui porte son nom et qui semble être moins meurtrière que la césarienne. Cette dernière néanmoins est réhabilitée en Allemagne par SAENGER en 1882, défendue et améliorée dans sa technique en France par plusieurs auteurs, RICHELLOT en particulier.

PEAN et ROUTIER en France, MARTIN de Berlin, OGDEN en Amérique, font les premières myomectomies abdominales. De 1886 à 1894, on en publie 26 observations.

A la fin du siècle dernier, au Congrès de Paris en 1900 et à la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie en 1901, d'importantes discussions et communications concernant surtout le traitement ont eu lieu. TURNER dans sa thèse, met en évidence l'action dystocique des fibromes du segment inférieur. BOURSIER, au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Nantes en 1901, classe les dystocias par fibromes prævia en trois

degrés : rétrécissements légers exigeant rarement une intervention ; moyens où les tumeurs peuvent garder une certaine mobilité ; accentués où l'obstruction pelvienne est véritable et où l'accouchement spontané est impossible. Il s'efforce d'établir les indications chirurgicales en tenant compte des tendances qui divisent les auteurs. Pour les uns : VARNIER, PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES, LEPAGE, ROUTIER, QUENU, POZZI, les Allemands OFMEIER, OLSHAUSEN, WERTHEIM, l'expectative doit être la règle à moins d'accidents graves. Pour les autres parmi lesquels il faut citer RICHELOT, DOLERIS, J.-L. FAURE, SCHWARTZ, se pose la question de « légitime défense » pour la femme. A leur côté, se range SCHRODER et son école pour qui la coexistence de fibrome et de grossesse même en dehors de tout accident grave, est un danger dont il faut délivrer la femme.

A la suite de ces très importantes réunions, de nombreux travaux paraissent, en particulier les thèses de MEHEUT, GROSSE, CLEISZ, JAMAIN, JOUBERT, BURTY, qui reflètent l'enseignement des grands accoucheurs français : VARNIER, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES, LEPAGE. Partout on s'attache à étudier les manifestations cliniques des accidents multiples (phénomènes de compression pelvienne ou abdominale, troubles de réaction péritonéale, hémorragies à répétition, présentations vicieuses, difficulté de l'accouchement, infection des suites de couches) qui troublent la grossesse dans son évolution, et à étendre le cadre des indications opératoires. Celles-ci sont assez nettement arrêtées dans le travail de JOUBERT (1907). Déjà GROSSE recommande de ne pas s'attarder trop au refoulement des tumeurs. Il rejette le forceps quand la tête est élevée, repousse complètement la symphyséotomie, la dystocie n'étant pas d'origine osseuse.

La topographie des tumeurs devient un caractère dominant dont on doit tenir compte dans le traitement. JOUBERT, après avoir insisté sur la bénignité habituelle des fibromes gravidiques, écrit : « Sans être interventionniste déclaré, on peut croire préférable d'agir dès l'apparition de tous signes généraux ou locaux très accentués sans attendre que la vie de la femme soit trop immédiatement menacée. Par leur particularité anatomique et physiologique, les fibromes du segment inférieur ont un rôle spécial. Les troubles qu'ils causent ont un caractère particulier de gravité et de persistance. L'intervention sera peut être utilement un peu plus précoce, lorsque ils sont cause de troubles ». Toutefois, il n'admet pas l'intervention purement prophylactique. Il recommande ensuite la myomectomie qui a le double avantage de laisser évoluer la grossesse et de permettre les grossesses futures. L'hystérectomie remplacera la myomectomie, toutes les fois qu'elle sera jugée impossible.

Ainsi, le domaine de l'abstention se rétrécit de plus en plus au bénéfice des interventionnistes.

Cependant de nombreuses observations d'accouchements spontanés dans des grossesses compliquées de fibromes prævia sont publiées. En 1913, au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Lille, chirurgiens et accoucheurs s'affrontent de nouveau. La question du moment de l'intervention dans ces cas de fibromes prævia retient beaucoup l'attention. Pendant la grossesse, l'accord semble réalisé : on ne doit pas opérer sauf accident grave. A l'approche du terme, certains auteurs veulent pratiquer une césarienne prophylactique. La plupart des congressistes décident sur la proposition de PINARD, d'intervenir trois heures après le début de l'entrée en travail, si la tumeur ne fait pas son ascension au bout de ce temps.

En 1913, BETBEZE de Toulouse, inspiré par AUDEBERT, publie sa thèse sur les accouchements spontanés dans les grossesses compliquées de fibrome prævia. Il rapporte les observations présentées par son Maître au Congrès de Lille et reprend l'étude du mécanisme de l'accouchement dans ces cas spéciaux. Les fibromes du segment inférieur se mobilisent et font leur ascension à la fin de la grossesse ou au cours du travail grâce à l'élongation de ce segment utérin. Aussi faut-il espérer cette ascension même pendant le travail, tant que les contractions sont bonnes, que le fœtus ne souffre pas et que la femme ne s'épuise pas. BETBEZE ne désespère pas malgré toutes les apparences contraires, d'obtenir un accouchement spontané et conseille une attente de trois à quatre heures après l'établissement du travail, avant d'intervenir.

Ailleurs, à Paris et à Lyon, ce sont les interventionnistes qui étudient l'efficacité de leurs moyens chirurgicaux.

FONTAINE, de Paris, défend la myomectomie au cours de la grossesse. Abdominale ou vaginale cette opération conservatrice ne doit être tentée qu'après s'être assuré du diagnostic et des conditions anatomiques de volume, de siège et de connection du fibrome avec l'utérus gravide. Elle est facile dans les fibromes du col et dans ceux du corps à l'exception des tumeurs interstitielles, encore aisée dans ceux du segment inférieur qui se laissent énucléer. Elle est à rejeter dans la fibromatose aiguë à marche galopante, les fibromes multiples, si l'hémorragie est abondante ou si la cavité utérine a été intéressée au cours de l'intervention. L'hystérectomie est préférable dans ces cas.

BENOIT GONIN, de Lyon, consacre en 1915 son travail de thèse à l'étude de la grossesse après la myomectomie. Il réunit 99 cas de femmes devenues enceintes après

cette intervention. La grossesse évolue en général sans incident. L'accouchement se fait normalement. Les craintes de voir la cicatrice, reliquat de la myomectomie, devenir la cause de dystocie ou l'origine d'une rupture utérine, sont bien peu fondées.

Au lendemain de la grande guerre, en 1919, GENILLON, de Lille, inspiré par VANVERTS, essaye de remettre en honneur la méthode de refoulement. Il reconnaît que c'est une intervention palliative et non curative, mais réalisée « sans force, sans violence et partant sans danger »; elle permet l'accouchement et plus tard une opération moins grave.

En 1920, HENEICK, de Chicago, réunit 380 observations de fibromes de l'utérus compliquant la grossesse traités tous chirurgicalement. En 1924, au Congrès de Chirurgie, LABEY expose encore les deux tendances toujours en présence et précise les indications de la myomectomie.

Puis paraissent, en 1925, les thèses de DENIS (Bordaux), PACAUD (Lyon), BAUDOT (Nancy), LE FOULOY (Paris) qui traitent toujours de la myomectomie, en décrivant la technique, les complications, et étudient son pronostic immédiat et lointain.

En résumé, il apparaît impossible de formuler en présence des fibromes gravidiques, une règle de conduite absolue. C'est une question de nuance et le dernier mot reste au bon sens clinique car, ainsi que le dit VIEL (thèse Paris 1920) « Rien n'est plus difficile à élucider que le pronostic d'une grossesse et d'un accouchement dans un utérus fibromateux. »

II. Des altérations anatomo-pathologiques des fibromes gravidiques.

Si le facteur dystocique des fibromes utérins a, de tout temps, retenu l'attention des médecins et dirigé les recherches vers la découverte et l'amélioration des moyens thérapeutiques à lui opposer, il n'en est pas de même de la question des modifications anatomo-pathologiques dont ces tumeurs sont le siège durant la grossesse.

Cependant, les premières connaissances de ces lésions remontent, elles aussi, assez loin. En 1665, SHENCK publie l'observation d'une femme enceinte qui, après plusieurs semaines de douleurs, expulse trois gros calculs (qui ne pouvaient être que trois polypes fibro-mateux), entraînés sous l'effet des contractions de la matrice.

LEVRET, dans son mémoire, parle de ces polypes susceptibles de s'enflammer et de se mortifier.

Jusqu'en 1868, il paraît un grand nombre de monographies et de thèses sur les fibromes gravidiques. On étudie leur nature histologique, les phénomènes de leur ramollissement et de leur hypertrophie au cours de la grossesse.

DEPAUL soutient contre GUENIOT, que ces modifications sont étroitement liées à l'état puerpéral et publie ses observations dans la thèse de LEFOUR (1880).

VARNIER, en 1886, étudie la péritonite dans les fibromes compliqués de grossesse, et ROBERT, les accidents septiques dus aux fibromes. Mais, malgré les recherches nombreuses, il règne encore une grande confusion dans la distinction des diverses modifications pathologiques.

En 1893, dans son travail sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse, CORNIL fait l'étude histologique d'un cas de nécrobiose gravidique.

Puis, on entre dans l'ère de la méthode listérienne et les interventionnistes s'enhardissant, rendent un grand service à l'étude des faits anatomo-pathologiques par l'apport de pièces nombreuses et variées. De même, les notions bactériologiques font faire un grand progrès, et permettent de dissocier ce qui appartient au processus aseptique et ce qui relève de l'infection.

A partir de ce moment, les travaux abondent. CLAISSE en 1901, dans sa thèse, traite de l'infection des fibromes gravidiques et pose le problème pathogénique de l'inflammation et de l'envahissement de ces tumeurs par les agents pathogènes. Il prétend que les fibromes sont d'origine infectieuse et qu'ils conservent en eux-mêmes les germes à l'état de microbisme latent.

En 1904, dans son étude d'ensemble des dégénérescences des fibromes, PIQUAND n'admet pas cette théorie et déclare que « si les fibromes ont une origine infectieuse, s'ils sont pour ainsi dire toujours en état de microbisme latent, on ne s'explique guère que ces tumeurs puissent subir de nombreuses dégénérescences ou même se nécroser complètement sans suppurer ». Quant aux lésions de mortification, PIQUAND distingue la mortification simple ou nécrobiose, consécutive à des troubles vasculaires, et la gangrène proprement dite, secondaire à une infection d'une tumeur mal nourrie et plus ou moins nécrosée.

BERGER, dans sa thèse sur la suppuration des fibromes utérins au cours de la grossesse, après avoir repoussé la théorie de CLAISSE, admet la possibilité de l'infection par voie sanguine, mais soutient que la voie habituelle est la voie lymphatique. Il l'incrimine dans la propagation de l'infection utérine qui précède celle du fibrome, et qui est due à l'accouchement et à l'avortement, car il est rare d'observer la suppuration des fibromes au cours de la grossesse.

BERNIOLE, BLANCHARD, LEMELAND, inspirés par LE-PAGE, PINARD, étudient les phénomènes de torsion des fibromes en dehors et au cours de la grossesse. Ils mettent en relief les conditions étiologiques inhérentes au volume, au siège d'implantation du fibrome sur l'utérus, à son pédicule, qui favorisent cette torsion et décrivent les altérations pathologiques que provoque cette dernière. Ils établissent du point de vue clinique trois formes : une forme aigüe, une forme latente, et une forme à poussées successives, d'observation plus fréquente.

A l'étranger paraissent, en 1906, les mémoires de TAYLOR sur les « Fibromes nécrobiosés et la grossesse », de VIANA à la même époque sur la « Nécrose des fibromes pendant la grossesse ». En 1909, SMITH et SCHAW publient leur étude sur la dégénérescence rouge.

En France, GAMBIER, en faisant la dissection des artères des fibromes, étudie la cause de la nécrobiose. BABLET, en 1910, inspiré par BEGOUIN, donne sa thèse sur le sphacèle des fibromes au cours de la grossesse. Les interventions de plus en plus pratiquées précocement, préventives dans de nombreux cas, permettent de décrire les lésions dans leur stade initial. PIQUAND et LEMELAND présentent en collaboration un nouveau travail sur les altérations des fibromyomes de l'utérus gravide. CHAVANNAZ étudie l'ensemble de la question du sphacèle de ces tumeurs au cours de la puerpéralité au Congrès de Chirurgie de 1919 et dans la thèse de BARBIER.

BARDON, utilisant les tumeurs extirpées par le Professeur BEGOUIN, après les avoir injectées par des substances radio-opaques, reconnaît aux fibromes deux systèmes d'irrigation sanguine : un superficiel et un central anastomosés ou non entre eux. C'est là une notion déjà entrevue par CHAVANNAZ et NADAL dans leurs recherches sur la vascularisation des fibromes. KEIFFER, dans son

étude microscopique sur le tissu fibreux, établit l'existence de deux sortes de fibromyomes, les uns diffus, sans limite précise, se confondant avec le reste du tissu utérin, les autres, circonscrits et bien délimités par le tissu normal. Ces derniers sont plus portés à subir la nécrose. Cette question de la nécrobiose des fibromyomes a fait l'objet de la thèse remarquable de LEROUX. Cet auteur rapporte plusieurs observations intéressantes, qui éclairent la pathogénie de cette complication gravidique.

Avant tout, il la distingue et d'une manière définitive des autres processus de sphacèle, de gangrène et de suppuration qui sont d'ordre infectieux. Du point de vue clinique, il lui reconnaît, à côté de la forme grave habituelle, des formes larvées, frustes ou latentes, qui sont fréquentes. L'ischémie est indiscutablement la cause première de la nécrobiose. Toutefois, les facteurs adjutants sont nombreux. Au point de vue anatomo-pathologique, il décrit trois variétés : les fibromes gravidiques à pédicule tordu, le fibromyome à marche galopante de POZZI et la dégénérescence rouge si étudiée par les auteurs anglais. Cette dernière diffère peu de la nécrobiose simple. La teinte spéciale qui la caractérise relève, pour LEITH MURRAY, de l'action des lipoïdes qui envahissent les cellules musculaires et en réalisent la désintégration, tandis que pour ROSS et HENDRICK, cette hémolyse serait provoquée par l'un des microbes hymolytiques. Cependant, pour LEROUX, il résulte, des examens bactériologiques et des cultures microbiennes, que le processus est généralement aseptique. L'infection du fibrome au cours de la grossesse est l'exception.

En somme, les progrès véritables concernant ces altérations anatomo-pathologiques sont contemporains de l'ère pastorienne. A l'heure actuelle, la distinction entre les phénomènes de nécrobiose pure et ceux surajoutés

de l'infection est nettement établie. A la base de toutes les théories pathogéniques, mises en avant pour expliquer les processus de nécrobiose, dans toutes leurs variétés, se place le facteur primordial incontestablement admis par tous : l'ischémie artérielle.

CHAPITRE II

Considération d'ensemble sur les fibromes dans leur rapport avec la puerpéralité

A. — Des rapports réciproques de la stérilité et des fibromes.

Les recherches sur la fécondité dans les utérus fibromateux ont été multiples et ont donné lieu à de nombreuses controverses. Aussi les conclusions de ces diverses recherches furent bien différentes.

En premier lieu, on accusa les fibromes d'être une cause de stérilité absolue. Ce fut l'opinion de LOUIS, reconnue fausse depuis longtemps. On a en effet, de tout temps, observé la coexistence des fibromes et de la grossesse. Si autrefois le fait était tenu pour rare (0.3 % SCHAUTA, 0.4 % TROELL), à l'heure actuelle on l'observe plus fréquemment (0.7 % PINARD, 0.8 % BRINDEAU). Cette proportion est celle des tumeurs qui, pour une raison ou pour une autre, ont nécessité un examen médical. Quant à toutes ces petites formations fibreuses,

qui apparaissent au cours de l'état puerpéral tout en restant silencieuses, on peut affirmer que leur proportion doit être encore plus forte.

« De toutes les tumeurs coëxistant avec la grossesse, « dit BALARD, le fibrome est de beaucoup la plus fréquente. Si l'on ne tient compte que des fibromes dys- « tociques ou ayant un certain volume, sa fréquence ne « serait que de 0.7 % (PINARD) ou de 0.8 % (BRIN- « DEAU). Mais si l'on comprend dans ce chiffre tous les « cas de noyaux fibromateux que l'on trouve sur la sur- « face antérieure et le fond de l'utérus pendant la gros- « sesse, ou aussitôt après la délivrance, ce nombre est « certainement beaucoup plus élevé ».

Pour OFMEIER (1894), au contraire, les fibromes favorisent la conception. L'âge moyen de la fécondité s'étend de 20 à 30 ans alors que les grossesses chez les fibromateuses surviennent assez tard après 40 ans. Cela vient selon cet auteur, de ce que la fibromatose provoque une hypertrophie de l'ovaire, qui éloigne l'avènement de la ménopause.

Il faut remarquer que cette hypertrophie ovarienne est une pure hypothèse. Quant aux hémorragies qui persistent pendant cette dernière époque de la vie génitale, elles sont beaucoup plus pathologiques que physiologiques.

Cependant, cette théorie de la ménopause retardée par les myomes utérins vient d'être reprise par MECALLI sur l'inspiration du Professeur VILLARD, de Lyon (1925). Cet auteur s'inscrit contre l'opinion classique de l'arrêt de l'évolution des fibromes par l'établissement de la ménopause. Pour lui, il serait plus exact de dire qu'elle est reculée par les fibromes. S'appuyant sur des statistiques antérieures et sur la sienne, il montre qu'elle ne s'établit qu'après 50 ans chez 93 % des femmes fibro-

mateuses. Les modifications structurales de la muqueuse utérine, l'absence des règles chez certaines femmes susceptibles d'être fécondées, l'observation de cas authentiques de grossesses après la ménopause, sont autant de faits qui lui font émettre l'hypothèse que normalement, il y a une première période de « ménopause apparente » caractérisée par la suppression des règles et la continuation de l'ovulation, ovulation qui prend fin dans une deuxième période de « ménopause vraie » durant laquelle toute fécondation devient impossible. Pour MEGALLI, le fibromyome modifiant la muqueuse utérine, permettrait la menstruation dans le premier temps, ce qui favoriserait la fécondation rendue difficile dans un utérus normal par la transformation sénile de la muqueuse.

Mais, d'après de nombreux travaux, de MARTIN (d'Allemagne), TROELL, PINARD, TREUB, les fibromes n'auraient pas d'influence sur la fécondité et même résulteraient de son absence. Ils sont en effet fréquents chez les nullipares et encore plus observés chez les célibataires (30 %). Pour TREUB, à chaque grossesse, pendant l'involution qui suit l'accouchement, il se fait une sorte de « balayage utérin » consécutif au remaniement complet des fibres musculaires et à l'occasion duquel disparaissent les noyaux fibromateux. KEIFFER a montré également que pendant et après la grossesse, il se faisait une lypolise des fibromyomes de l'utérus. Ainsi l'utérus qui ne joue pas son rôle physiologique, dirige son activité vers une autre voie en produisant des tumeurs fibreuses. Ces dernières, pour PINARD, sont nettement « sous l'influence de la stérilité primaire et celle non moins fréquente de la stérilité secondaire si souvent volontaire ». Elles sont « la conséquence de la non observation du rythme harmonieux de la reproduction ».

C'est là aussi l'avis du Professeur FRUNINSHOLZ, de Nancy (thèse de Christitch, 1921).

Enfin, une dernière opinion, suivant laquelle les fibromes seraient une cause de stérilité relative. Cette manière de voir est fondée sur plusieurs constatations. Si les fibromes surviennent chez les femmes jeunes, ils s'observent plus fréquemment entre 35 et 45 ans. Ils atteignent leur optimum de vitalité à un âge où la fécondation est à son déclin.

On sait, par ailleurs, que 30 % des femmes fibromateuses sont stériles et que le rapport de la stérilité des femmes en général est de 8 à 15 %. En outre, le fait que des femmes multipares n'ont plus eu de grossesses après avoir présenté des fibromes, pose le problème de la stérilité secondaire. Il y a donc des femmes fibromateuses qui présentent une stérilité absolue ou primitive, et d'autres, une stérilité relative, ou secondaire.

Cependant, on n'ignore pas combien de jeunes fibromateuses sont fécondées et deviennent successivement enceintes, et combien d'autres qui, après de nombreuses années de mariage deviennent fertiles tardivement. Nos observations (13), (15), (17) sont remarquables à ce point de vue. On note même des grossesses gémellaires antérieures (19) et (20).

De l'ensemble de ces considérations, il résulte que les fibromes n'entraînent nullement par eux-mêmes la stérilité; mais pour certaines raisons, ils peuvent empêcher la conception.

Parmi ces dernières, il faut envisager d'abord les lésions concomitantes (rétrécissement du bassin, étroitesse ou atésie du vagin, malformation utérine), qui sont d'observation courante (14), (13), (16), (25), et prennent part à cet empêchement dans une mesure difficile à connaître.

Puis viennent les déviations de la matrice et les déformations de la cavité utérine; les unes et les autres dépendent naturellement du volume, du nombre et surtout du siège des myomes. En particulier, il apparaît selon l'opinion générale, que ce sont surtout les fibromyomes interstitiels volumineux et plus encore les sous-muqueux qui provoquent la stérilité ou tout au moins rendent peu facile la fécondation, et la greffe de l'œuf (grossesse extra-utérine, insertions anormales du placenta).

Quoiqu'il en soit, si comme l'a soutenu encore récemment CHRISTITCH, l'altération fibromateuse du muscle utérin ne semble pas modifier grandement l'aptitude de la femme à concevoir, il est incontestable qu'elle gêne parfois l'évolution de la gestation, influe sur la marche de l'accouchement et sur la régression utérine dans les suites de couches.

B. — Des influences réciproques des fibromes et de la grossesse

a) ACTION DES FIBROMES.

SUR LA GROSSESSE. — L'influence des tumeurs fibreuses sur la grossesse est des plus variables. Nombreux sont les cas de petits fibromes ou même de fibromes d'un certain volume, qui passent inaperçus au cours de la gestation. On a cependant observé des accidents dans quelques circonstances cliniques.

C'est ainsi que l'interruption de la grossesse est redoutée; sur 21 des observations recueillies dans le service de la maternité, on note six avortements spontanés. Deux (2), (10), sont survenus à 3 mois, les quatre autres, (3), (6), (13) et (15) ont eu lieu entre 4 et 5 mois. Dans tous les cas, il s'est agi d'utérus fibromateux où les lésions

muqueuses ont entraîné des métrorragies et ont fini par provoquer l'expulsion de l'œuf. Dans les antécédents, on retrouve également des avortements nombreux (obs. 3, deux avortements; obs. 15, deux avortements; obs. 19, douze avortements). L'interruption se fait aussi avant terme. Dans l'observation (19), il y a eu un accouchement prématuré à 7 mois et la main pratiquant la délivrance artificielle, a trouvé deux fibromes sous-muqueux volumineux. L'observation (2) est à ce point de vue plus édifiante : on relève dans les antécédents quatre grossesses terminées par des accouchements prématurés à 7 mois et demi et à 8 mois.

Outre les poussées d'hydrorrhée (obs. 12) qu'elles provoquent, les lésions de métrite, très souvent concomitantes, entraînent l'insertion vicieuse du placenta (obs. 1, 16), avec les hémorragies à répétition durant la grossesse (obs. 13, obs. 26), et l'hémorragie grave au moment du travail (obs. 15), la margination du placenta et les insertions anormales du cordon (obs. 22). DEVRAIGNE rapporte des cas de placenta diffus très étalé, semblant suppléer par la surface ce qu'ils perdent en épaisseur dans un utérus farci de myomes sous-muqueux, insuffisant dans sa fonction nutritive. Tel est le cas de l'observation (19). De même, pour se greffer solidement sur la matrice malade, les attaches ovulaires vont quelquefois se fixer très loin dans la musculuse et donnent lieu à des adhérences placentaires. « La semence, comme on l'a dit, n'est pas tombée sur un bon terrain ». BALARD a même observé un certain nombre de cas d'hydramnios au cours de grossesses compliquées de fibromes. Dans l'obs. (5) publiée par le Professeur ROUVIER en 1922, on note un excès de liquide amniotique.

A côté de ces troubles qui se voient du côté ovulaire, il y a également ceux qui intéressent l'utérus lui-même.

Ce dernier peut être déplacé, déformé, comprimé, par les fibromes. Dans l'obs. 1, il y a eu une rétroversion qui s'est réduite spontanément dans les premiers mois de la gestation. Cette rétroversion, habituellement le fait des tumeurs postérieures peut être produite par celles siégeant sur la partie antérieure, qui repoussent elles aussi le corps de la matrice en arrière et l'enclavent dans l'excavation pelvienne. Bien plus, ces tumeurs antérieures, « fibromes urinares » tels qu'on les appelle en gynécologie, peuvent aussi faire basculer en avant la matrice. VANVERTS a rapporté, en 1927, un cas d'anté-déviatiou de ce genre.

L'utérus peut également se tordre, sous le poids des fibromes qui s'implantent à son niveau. Cette torsion axiale sur « la charnière de Hégard », est aussi fréquente que celle des fibromes (COMMANDEUR).

SUR LA MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT. — Les phénomènes de l'accommodation sont gênés particulièrement par les gros fibromes pelviens. Dans nos observations, on note deux présentations du siège définitives (obs. 11, obs. 18) Quant au travail, il est diversement influencé. Les fibromes du corps restés le plus souvent silencieux au cours de la gestation, jouent un rôle dans l'évolution de l'accouchement, BONNAIRE les compare à des écrans qui s'opposent à la propagation de la contraction utérine et l'altèrent dans son rythme et dans son intensité. Pour CHRISTITCH, les petits fibromes ralentissent le travail et le modifient non mécaniquement mais dynamiquement. BALARD pense que « plus souvent il se produit simplement de la contracture utérine par altération de la structure des fibres musculaires ».

Ce qu'il faut retenir, c'est la lenteur de la période de la dilatation. Le fait semble dû surtout chez les primipares âgées, à une atteinte généralisée de l'utérus par la

fibromatose. Ainsi, la dilatation n'a été obtenue qu'après 17 heures (obs. 9), 30 heures (obs. 21) et 48 heures (observation 16) et même 50 heures (obs. 29). Il est vrai que le gros œuf dans l'obs. (21) et le bassin rétréci, dans l'obs. (16) n'ont pas manqué d'influencer le travail.

A côté de cette « lenteur souvent désespérante » du travail, il se trouve parfois des cas où il s'effectue si rapidement qu'il peut paraître invraisemblable. Le LORIER a suivi une malade primipare de 36 ans à utérus tellement hérissé et bourré de fibromes, qu'il lui donna des craintes. L'accouchement spontané se fit en deux heures de temps au maximum. Les suites furent normales; chez cette même femme, un deuxième accouchement se passa comme le premier et sans incidents.

Les ruptures des membranes sont d'observation courante chez les parturientes fibromateuses (obs. 1, 7, 11, 18).

Les fibromes du segment inférieur, eux, sont les tumeurs véritablement dystociques. On constate bien, comme pour les fibromes du corps, un défaut de dilatation (obs. 10, 12); mais c'est surtout l'expulsion qui est rendue impossible par l'obstacle bien souvent certain qu'ils réalisent (obs. 14). Dans ces cas, lorsqu'on n'intervient pas, l'infection amniotique est de règle. On observe aussi les procidences du cordon, des membres, la mort in-utéro du fœtus (obs. 8), la rupture utérine, et enfin l'épuisement de la patiente.

Ce sont cependant des « tumeurs à surprises ». Pour peu qu'elles soient molles, mobiles et pas trop volumineuses, l'accouchement peut se faire spontanément, ou ne nécessiter qu'une intervention benigne. Tel est le cas de la malade suivie par notre Maître M. le Professeur LAFFONT (obs. 23).

SUR LA DELIVRANCE. — La délivrance chez les fibromateuses, revêt parfois une allure dramatique. Ces utérus « boîteux » qui ont péniblement terminé l'accouchement, s'épuisent et tombent dans une inertie bien redoutable. Non seulement le décollement placentaire se fait tardivement, mais il se fait surtout partiellement. L'hémorragie consécutive à cette désinsertion incomplète, est rapidement grave (obs. 11, 12, 15, 17). (29).

Ces hémorragies d'une part, les rétentions aussi fréquentes d'autre part, expliquent les nombreuses délivrances artificielles (obs. 1, 6, 8, 11, 12, 13, 29).

On peut assister à l'expulsion spontanée d'un fibrome sous-muqueux au cours de cette période, et le confondre avec une rétention du placenta ou une inversion utérine qui peut se voir également dans ces cas.

DANS LES SUITES DE COUCHES. — La rétraction utérine consécutive à l'accouchement, met en évidence les fibromes qui deviennent plus durs, plus saillants (obs. 9). Mais on note surtout des complications infectieuses de gravité d'ailleurs très variables : septicémie suraiguë (obs. 1, 29 et 30), infection grave (11, 17), infection bénigne (9, 13, 15, 19).

Quant aux hémorragies graves secondaires avec rétention, elles sont rares. L'involution utérine dans les utérus fibromateux, se fait lentement (obs. 2) et se manifeste par un écoulement de lochies parfois abondant.

ACTION DE LA GROSSESSE SUR LES FIBROMES.

On vient de voir le retentissement des fibromes sur l'état puerpéral. Ce dernier ne reste pas sans influence sur ceux-là : il se fait, comme on l'a dit, « un échange de mauvais procédés ».

Durant la grossesse, le fibrome augmente habituellement de volume. Cette hypertrophie est remarquable

parfois au point de mettre en évidence un fibrome resté jusque là non perceptible. L'activité circulatoire accrue pendant la gestation, l'hyperplasie des éléments constituant du myome, font qu'il peut atteindre trois ou quatre fois son volume. Le fait est bien frappant quand il s'agit d'utérus fibromateux gravis. Dans l'observation (6), l'utérus était à terme d'après le volume, de cinq mois d'après l'âge de la grossesse.

Le fibrome s'extériorise souvent (obs. 12), il est ainsi énucléé et peut devenir sessile et même pédiculé, soit sous-séreux, soit sous-muqueux. GRANDCLEMENT a rapporté des cas d'expulsions de polypes, survenues dans des utérus gravidés sans interruption de la gestation.

Un autre phénomène signalé pour la première fois par MAYGRIER, puis par LEPAGE et MOUCHOTTE, est la contraction des tumeurs fibreuses et leur durcissement pendant la contraction de l'utérus gravidide (obs. 5 et 7).

Le fibrome se ramollit soit le plus fréquemment du fait de l'infiltration œdémateuse, soit par nécrose et transformation liquidienne de la tumeur (obs. 5, 7, 14, 15, 23). Pour cette dernière, ce ramollissement a été jugé jusqu'ici comme une heureuse éventualité, car il en permet la déformation et l'étalement sous l'effet du développement utérin.

Quant au déplacement que subissent les fibromes, il est différent pour chaque catégorie. Ceux appartenant au corps de l'utérus, ils le suivent dans son évolution pelvienne puis abdominale (obs. 5, 26, 30). Ils peuvent, s'ils sont pédiculés, retomber dans le bassin, s'immobiliser, en contractant des adhérences. Mais pour les sessiles et les interstitiels siégeant sur les parois ou le dôme de l'utérus, il se fait un autre genre de déplacement. En 1923, REEB a signalé ce qu'il appelle « le changement

matrice qui s'aggrandit ». FRUHHOLZ parle lui, de « la dispersion des fibromes » réalisée par le développement de l'utérus gravide, et recommande de profiter de cette heureuse disposition pour en faire l'énucléation. En 1928, REEB rapporte un cas où ce changement de situation a pu révéler l'existence d'autres tumeurs fibreuses qui, siégeant en arrière au début de la grossesse, finirent par se montrer sur les côtés au cours de son évolution. Le fait peut même être l'origine d'un déséquilibre, et servir à la torsion axiale de l'utérus.

Les fibromes du segment inférieur ont une évolution pelvienne. Ils peuvent cependant, s'ils sont mobiles, se déplacer et remonter avec la matrice. Cette ascension est fréquente à la fin de la grossesse, surtout pour les antérieurs (BALARD et DEHANS).

Ces modifications habituelles n'influent que peu sur l'état puerpéral. Toutefois, les fibromes peuvent être le siège d'accidents ou d'altérations qui sont de véritables complications susceptibles de troubler l'évolution de la grossesse et de menacer la vie de la gestante.

Ainsi, le fibrome peut se tordre. Cette torsion se rencontre d'abord et surtout, chez la primipare; ensuite dans les tumeurs insérées sur la corne droite de la matrice, et entre le cinquième et le sixième mois. La torsion insidieuse est la plus fréquente (obs. 29, 30).

Il peut aussi se nécroser. Cette altération peut se voir à la suite de la torsion ou de l'accroissement de volume (obs. 5, obs. 7). LEROUX a montré que cette transformation du fibrome est fréquente et que sa forme fruste se manifeste en clinique, soit par la douleur siégeant au niveau de la tumeur, subjective ou provoquée (obs. 8) sans irritations, soit par un ensemble de troubles généraux variés (obs. 5). Pour cet auteur, le ramolissement serait peut-être un stade initial de cette nécrobiose. L'hypertrophie exagérée de la tumeur peut même pren-

dre l'allure grave d'une fibromatose aiguë : tel est le cas de l'observation (24). On a pu voir des dégénérescences malignes, sarcomateuses, calcaires même .

En outre, du fait qu'ils contractent des adhérences avec les organes voisins, qu'ils grossissent considérablement parfois, qu'ils s'enclavent, se nécrosent ou se tordent, les fibromes sont l'origine de phénomènes très divers (troubles digestifs, hépathiques, fléchissement cardiaque, dyspnée, anémie, fièvre, symptômes urinaires : albuminurie), ou provoquent des accidents locaux multiples (compression de l'utérus, troubles vésicaux, constipation, obstruction intestinale, œdème des membres inférieurs, névralgies, phlébites).

ACTION DE L'ACCOUCHEMENT. — Le travail influe peu sur les fibromes du corps. En revanche sur ceux du segment inférieur, son action est importante. L'ascension des fibromes antérieurs et latéraux est beaucoup plus fréquente et plus rapidement réalisée que celle des postérieurs (obs. 12). Pour ces derniers, elle est exceptionnelle et l'on ne doit pas l'escompter. Mais ici aussi, on assiste à des migrations curieuses. JOB a observé le déplacement d'un fibrome d'une fosse iliaque à l'autre, au cours de la période de dilatation.

La tumeur déjà ramollie, est aplatie, laminée par le passage du fœtus. L'accouchement spontané n'est pas rare. Il est plus souvent terminé artificiellement (observation 23). BECOUIN et PERY ont rapporté l'observation d'un fibrome qui, diagnostiqué lors d'un premier accouchement, ne s'opposera pas au passage du fœtus, remonta au deuxième, tandis que la troisième fois, ayant augmenté de volume, il resta enclavé et imposa la césarienne.

Le déplacement vers le haut au-dessus de la présentation qui s'engage, ne signifie pas toujours que la dystocie ne soit plus à redouter (obs. 28).

ACTION DES SUITES DE COUCHES. — La régression des fibromes post-partum est bien connue. Au cours de l'involution utérine, on assiste parfois à de véritables cures radicales (obs. 23). Cependant, cela ne se voit pas toujours. L'utérus fibromateux exige plusieurs semaines, pour revenir sur lui-même et reprendre son premier volume (obs. 2). BECOUIN a cité un cas « d'utérus géant » qui, treize jours après l'accouchement, remontait encore à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, comme à six mois de grossesse.

Le fibrome peut se tordre, s'infecter par la voie de la plaie placentaire et surtout se sphacéler (obs. 29, 30). Il peut également donner lieu à des phénomènes de compression, ou de réaction péritonéale, pendant qu'il réintègre sa première place, entraîné par la matrice elle-même qui revient à sa position primitive.

Sous-muqueux ou interstitiel, on l'a vu se mortifier et être expulsé à l'exemple d'un polype (VORON).

C. — Diagnostic

La question du diagnostic restera toujours épineuse. Il s'agit, en effet, de reconnaître en premier lieu, la nature fibromateuse d'une tumeur abdominale ou pelvienne plus ou moins attenante à l'utérus, ou d'un utérus gros, plus ou moins irrégulier, plus ou moins dur, en second lieu la coexistence d'une grossesse possible dans les deux cas.

Abdominale ou pelvienne, les tumeurs fibreuses ont pu faire penser à une tumeur hépatique (obs. 5), à un rein flottant (obs. 30), à un kyste de l'ovaire, à une grossesse

extra-utérine (obs. 1, 5, 6, 27). L'expectative permet d'éliminer le diagnostic de grossesse extra-utérine; quant à celui de kyste, il se pose fréquemment d'autant plus qu'il se fait entre lui et le fibrome, au cours de la grossesse, un échange de caractères séméiologiques.

Si la radiographie peut être d'un bon secours, elle reste parfois insuffisante (obs. 30), ou peut même induire en erreur.

Les fibromes du corps, sessiles, même de petit volume, sont faciles à reconnaître (6, 8, 19, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 22) pour peu que l'examen soit attentif.

Au cours de l'accouchement, on a pu prendre, d'après DEVRAIGNE un fibrome pour un pôle fœtal, et même pratiquer sur lui une application de forceps. Dans un autre cas, il s'agissait d'une tumeur sous-muqueuse ayant entraîné une hémorragie qui fut prise à tort pour une délivrance incomplète. Si l'accouchement s'était fait par la voie naturelle dans l'observation (25), le polype trouvé au cours de la césarienne aurait soulevé sans doute de semblables difficultés.

La grossesse peut être un moyen révélateur des fibromes par leur accroissement de volume et leur extériorisation ; réciproquement les fibromes, pour les mêmes raisons, peuvent servir de signe de grossesse.

Toutefois, les utérus fibromateux gravidés peuvent donner lieu à des signes qui laissent longtemps le diagnostic hésitant. C'est ainsi qu'on a observé la persistance des règles dans certains cas, des écoulements leucorrhéiques ou sanguinolents qui, associés à d'autres manifestations, peuvent faire penser à l'existence d'une môle hydatiforme, à une dégénérescence maligne (HARTMAN, AUTFAGE). L'avortement qui est simple habituellement (2, 3, 6, 13, 15) ne se révèle parfois qu'à l'opération (10, 20).

On a voulu faire appel à la radiologie dans ces cas difficiles; mais il faut que la grossesse soit assez avancée, six mois pour HARTMAN, quatre mois et demi pour A. WEIL, quatre mois et trois mois pour PORTES et BLANCHES. D'après REEB, il ne faut pas compter en pratique, sur le diagnostic radiologique avant cinq à six mois. L'absence d'ombre fœtale ne doit pas faire affirmer l'absence de gravidité. Cela est d'autant plus vrai que même une fois le ventre ouvert, on peut encore hésiter devant le « mutisme de l'utérus ». On a préconisé en faveur de la grossesse, plusieurs signes. Ce sont d'abord la régularité de la tumeur utérine, son aspect congestionné, sa consistance molle, la dilatation des veines du ligament large; ensuite, la contractilité de la matrice gravide, provoquée au besoin par l'application de sérum chaud, enfin l'ovariotomie exploratrice de DE ROUVILLE qui consiste dans la recherche du corps jaune gravidique.

Les premiers de ces signes sont trompeurs car il existe des matrices myomateuses régulières, congestionnées en dehors de toute gestation (HARTMAN). La contractilité existe également dans les cas de fibromes kystiques ou sous-muqueux (SCHICKELE). Quant au signe de DE ROUVILLE, il ne vaut que pour les trois premiers mois.

Force est de se donner par conséquent, le bénéfice du temps, de ne pas instituer le traitement aux R. X. sur un utérus qui peut être habité, et d'attendre l'évolution d'une grossesse toujours possible. « En pratique, dit DEVRAIGNE, toutes les erreurs sont possibles en matière de fibromes ».

CHAPITRE III

De la conduite à tenir dans les fibromes utérins au cours de la puérpéralité

Le pronostic est étroitement lié au traitement. Les dangers qui menacent le produit de conception sont : d'abord l'avortement (2, 3, 6, 13, 15), l'accouchement prématuré (19). La mort in-utéro est rare, mais la souffrance du fœtus est fréquente (1, 8, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 28) au cours de l'accouchement et joue un rôle assez important dans la mortalité et la morbidité fœtale. Quant aux risques que court la mère, rares durant la grossesse, ils sont nombreux pendant le travail. Ce sont les multiples interventions qui nécessitent la dystocie : accouchement prématuré provoqué (7), application de forceps (8, 12, 21, 23, 29), délivrance artificielle (1, 6, 8, 11, 13, 29), et les suites graves qui en résultent (1, 11, 17). Envisagées séparément les tumeurs prœvia ne troublent généralement pas l'évolution de la gestation

qui peut aller jusqu'à terme (1, 7, 14, 23), tandis que celles du corps peuvent par l'exagération de leur volume, leur torsion ou leur nécrose, devenir à tout moment, un péril qui impose l'intervention immédiate (5, 24, 29, 30). Quoiqu'il en soit, « la femme comme l'a dit BAECKER, jusqu'à l'expiration de la puerpéralité, se trouve dans une position périlleuse et le danger de mort comme une épée de DAMOCLES plane constamment sur sa tête ». En effet, « les fibromes du haut sont graves pendant la grossesse alors que ceux du bas sont redoutables au cours du travail. Durant la grossesse, les accidents sont rares ; pendant l'accouchement ils sont fréquents » (LAFFONT).

Aussi, la conduite à tenir doit-elle s'inspirer de ces deux principes. Le fibrome étant une maladie chirurgicale, son traitement doit être chirurgical. Entrepris d'une manière préventive, il élimine le danger si grand de l'infection puerpérale et des autres complications possibles et non moins graves.

Néanmoins, tout en étant interventionniste déclaré, il faut étudier chaque cas particulier et envisager pour lui, une ligne de conduite correspondante. La décision à prendre n'est pas toujours la même à toutes les périodes de l'état puerpéral.

PENDANT LA GROSSESSE.

L'intervention doit-elle être prophylactique ?

Elle a une indication formelle nettement définie par le Professeur ROUVIER : « Dans les fibromes à long pédicule, l'intervention doit être systématiquement pratiquée ». On peut ajouter qu'elle doit l'être non seulement dans les fibromes sessiles, mais même dans les intra-pariétaux s'ils sont mobilisables et bien délimités. Telle a été la conduite de nos Maîtres, les Professeurs HOUEL et FERRARI pour la malade de l'obs. 27.

Dans les fibromes du segment inférieur, certains auteurs (FRUHINSHOLZ et HAMANT) commandent d'intervenir préventivement. La plupart attendent la fin de la grossesse. Notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT est partisan de cette dernière manière de voir (obs. 23, 28).

L'intervention doit-elle être précoce en cas d'accidents ?

L'opinion généralement admise à l'heure actuelle est pour l'affirmative. Ces divers accidents, qui viennent troubler l'évolution de la gestation sont bien connus. Sont-ils marqués, ou se répètent-ils ? c'est un indice presque infaillible de leur danger ultérieur que le repos et le traitement médical symptomatique ne fait que reculer (obs. 29 et 30).

« Une opération précoce est compatible avec des mesures conservatrices alors qu'un retard possible peut nécessiter le sacrifice de l'utérus » (HEINECK).

Cependant un principe reste dominant : à partir des 4^e et 5^e mois, on temporisera et on attendra l'approche du terme dans la surveillance la plus complète (obs. 23).

AU TERME DE LA GROSSESSE. — L'accouchement prématuré provoqué, dangereux tant pour la mère que pour le fœtus, n'est plus à envisager (obs. 1).

Le refoulement ne doit se faire que dans le cas exceptionnel ou le seul fait de mettre la malade dans la position de TRENDLENBURG réalise le passage de la tumeur dans la cavité abdominale (JEANNIN).

L'intervention doit-elle se faire avant l'établissement du travail ?

Pour les fibromes du corps, la question ne se pose pas. Le traitement obstétrical seul suffit et n'entrera en ligne que si la présentation est bien engagée (forceps : 8, 12, 21, 29).

Pour les fibromes du segment inférieur, certains auteurs avec BRINDEAU, profitent de l'absence de phénomènes du travail, pour pratiquer une césarienne suivie de myomectomie ou si les conditions ne sont pas bonnes, d'hystérectomie (obs. 14).

Après l'épreuve du travail, d'autres auteurs, parmi lesquels il faut citer BECOUIN, aiment faire bénéficier la parturiente de cette épreuve ; si après deux à trois heures d'attente, l'ascension du fibrome ne se réalise pas, ils interviennent avant la dilatation complète, par une césarienne avec une myomectomie ou hystérectomie selon les cas (obs. 7).

A dilatation complète, il ne faut pas refouler le fibrome. Le travail peut être pénible, traîner en longueur, mais l'accouchement naturel est possible. Le pronostic foetal déjà sérieux, devient parfois tout à fait mauvais, quand il s'agit d'achever l'accouchement d'une manière artificielle et plus ou moins douce (obs. 1, 23). Le traitement obstétrical inévitable rendu à juste titre responsable de la contusion des tumeurs insérées sur cette « zone dangereuse », n'est pas sans danger pour la mère. Il doit être pratiqué sans violence ; parfois on pourra lui préférer pour ses meilleurs résultats, une césarienne basse rapidement exécutée et suivie d'hystérectomie.

On ne fera jamais de césarienne conservatrice (BRINDEAU).

PENDANT LA DEIVRANCE ET DANS LES SUITES DE COUCHES.

Si le placenta est adhérent, il faut essayer d'obtenir son décollement à l'aide d'une délivrance hydraulique, avant de se résoudre à l'extraire à la main. On doit en effet éviter autant que possible la délivrance artificielle. Dans les cas de rétention de cotylédons et de membranes et si l'hémorragie est grave, on pratiquera une révision utérine et on surveillera attentivement dans la suite, la température et le pouls. Si l'infection est d'emblée grave et qu'elle brûle en quelques heures toutes les étapes comme dans l'observation (1), seule l'ablation de la matrice rapidement exécutée, fera espérer une issue heureuse. L'hystérectomie vaginale, moins choquante, est indiquée dans ce cas.

S'il se produit une torsion sans infection surajoutée, ou si cette dernière paraît bénigne, on opérera le fibrome seulement.

EN PRESENCE DE L'AVORTEMENT DANS UN UTERUS FIBROMATEUX.

Il ne faudra jamais faire de curettage. Un curage digital réalisé avec beaucoup de précautions et d'asepsie, sera la seule intervention prudente (LAFFONT). Si des signes infectieux s'établissent, on n'hésitera pas à opérer et à délivrer la femme de tout danger.

Somme toute, le problème thérapeutique en présence des fibromes gravidiques, ne cessera pas d'être délicat à poser et à résoudre. On oscillera toujours entre ces deux pôles : la myomectomie et l'hystérectomie.

La première est *l'opération de choix* et l'idéal auquel tendent actuellement tous les efforts des chirurgiens et des accoucheurs. Les tendances conservatrices en honneur depuis quelques années en chirurgie, semblent gagner le domaine de l'obstétrique, et la plupart des au-

teurs s'en inspirent et font systématiquement la conservation dans le cas d'un fibromyome solitaire même d'un certain volume (DEVRAIGNE et ARVISET), ou d'un utérus indemne d'infection.

Malheureusement, on se trouve souvent en présence de tumeurs multiples ou d'une matrice bourrée de fibromes. Dans ces cas, si l'asepsie est douteuse, si l'hémostase n'est pas facile, « la technique la plus habituelle, la plus logique, la plus sûre et généralement la plus aisée, sera l'hystérectomie subtotale » (JEANNIN).

Cette dernière intervention est *l'opération de sécurité*.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION 1

MM. ROUVIER et BENHAMOU — *Bul. Méd. Alg.*, Mars 1906

**Fibromes interstitiels multiples et gros fibrome pédiculé
de la face postérieure de l'utérus chez une primipare âgée - Placenta
prævia - Siège décomplété mode des fesses - Septicémie suraiguë
consécutive à une rupture prématurée de la poche des eaux. Décès.
Décès de l'enfant sept heures après l'intervention**

Nous avons eu l'occasion d'observer, une primipare porteur d'une tumeur abdominale pelvienne, chez laquelle, la conduite à tenir était particulièrement délicate, en raison des difficultés qui entouraient le diagnostic.

B. Léontine, âgée de 33 ans, entre à la maternité le 20 octobre 1905, au 4^e mois d'une première grossesse. Elle est venue à l'hôpital sur les conseils du médecin traitant, qui a constaté la présence d'une tumeur, et qui a envisagé la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de saillant à signaler. Dans ses antécédents personnels, on note de la chloro-anémie, entre les 18 et 20 ans, des accès de paludisme contractés il y a cinq ans près d'Oran. Réglée à 15 ans; elle a eu une menstruation assez régulière, mais toujours très douloureuse. Mariée à 32 ans, elle a eu ses dernières règles du 7 au 10 juin 1905, et a ressenti des mouvements actifs à son entrée dans le service.

Nous l'examinons et constatons que l'état général est bon. Le squelette est normalement développé. Le bassin présente un bi-épineux de 24,7, un bi-crétal de 28, un Baudeloque de 19,7. Mais le toucher permet de constater une rétro-déviatiou marquée de l'utérus gravide : il y a rétro-déviatiou et rétro-flexion, le corps rejeté en arrière et l'angle de flexion étant très accusé du côté de la face postérieure de l'utérus. Le cul de sac postérieur est envahi par la région postérieure de la zone polaire inférieure. L'urètre est comprimé et le cathétérisme se fait avec une petite difficulté. Nous pensons à une grossesse extra-utérine pour l'éliminer; et M. le Professeur ROUVIER pose le diagnostic de rétroversion et rétroflexion d'un utérus gravide de quatre mois, en voie de réduction spontanée avec permanence de bosse sur la face postérieure.

Le 3 novembre 1905, la femme sort malgré l'opposition de M. le Docteur ROUVIER.

Le 29 mars 1906, cette femme entre de nouveau à la maternité, le terme de la grossesse étant survenu, et la présence d'une tumeur devenant de plus en plus évidente ; le diagnostic de probabilité, posé en ville étant celui de kyste de l'ovaire.

Nous constatons d'abord par le palper, qu'il s'agit d'une grossesse à terme intra-utérine; mais il est difficile d'affirmer la présentation et la position du produit de conception. Nous sentons en effet, dans le bassin, une paroi interne épaisse d'apparence myomateuse, qui masque les sensations fournies par la présentation. En même temps, nous percevons une tumeur sur le côté gauche de l'utérus.

Par le toucher vaginal, nous constatons dans le cul de sac de Douglas, et dans le cul de sac latéral gauche, la présence d'une tumeur dure et régulière, qui semble occuper toute l'excavation. Par le palper combiné au toucher, on sent cette tumeur, mobile avec l'utérus. La femme étant placée dans la position gènepectorale, la tumeur est refoulable, et semble dépendante de l'utérus, avec lequel elle se meut. Enfin, le toucher rectal permet de confirmer d'une part, la présence d'une tumeur extra-utérine, dépendante de l'utérus, réductible et refoulable, occupant le douglas et le cul de sac latéral gauche ; d'autre part, la présence d'une tumeur faisant corps avec la paroi postérieure de l'utérus. Les tumeurs de consistance dure, à contours arrondis et réguliers, nous donnent la sensation de tumeurs fibreuses, et cette hypo-

thèse nous paraît d'autant plus probable qu'une petite tumeur, insérée sur la paroi abdominale, est de nature nettement fibromateuse.

Aussi bien, M. le Professeur ROUVIER pose comme diagnostic de probabilité : fibromes utérins sessiles et pédiculés, ayant entraîné dès les premiers mois de la grossesse, une rétroversion de l'utérus gravide : grossesse intra utérine à terme; présentation douteuse (siège ou sommet) non engagée, insertion probable du placenta dans la zone polaire inférieure.

En présence de ce diagnostic épineux, quelle devait être la conduite à tenir. Il y avait là une cause de dystocie, cause en partie réductible, et le mieux était de se comporter, comme si l'on avait affaire à un bassin moyennement rétréci. Nous étions près du terme, l'enfant offrait de grandes chances de viabilité; dans l'intérêt de la mère il y avait urgence à provoquer l'accouchement. Telle fut la conduite dictée par le Professeur ROUVIER.

30 Mars. — Désinfection et préparation de la gestante. Ces soins sont continués les jours suivants.

2 Avril. — Introduction d'une sonde de Krause.

3 Avril. — La sonde n'ayant pas amené de dilatation, la femme ayant des douleurs, et l'enfant commençant à souffrir (bruits sourds et irréguliers au niveau de l'ombilic), le Docteur PELISSARD, chef de clinique intervient. Anesthésie au chloroforme. Dilatation de Bonnaire. Diagnostic de la présentation : siège décomplété mode des fesses. S.I.O.P. abaissement du bon pied, du second; extraction du tronc, des membres supérieurs; manœuvre de Mauriceau. Fœtus en état de mort apparente. Le placenta est prævia : il occupe toute la partie antérieure de l'utérus et de la zone polaire inférieure. La paroi postérieure est bien fibromateuse. Délivrance artificielle. Pas d'hémorragie. Déchirure vagino-périnéale. Périnéorraphie.

4 Avril. — Le matin, l'état général est bon, l'état local semble normal. Pas de température. Pouls à 100. L'accouchée cause et ne se plaint de rien. L'enfant, qui pesait 3 k. 500 est mort sept heures après l'intervention. Le soir, le ventre est ballonné, quelques vomissements espacés (deux à trois dans la nuit).

5 Avril. — La malade est perdue : faciès grippé : péritonéal, pouls filiforme incomptable, ventre ballonné, douloureux, vomissements porracés. Les lochies sont odorantes. La malade succombe à huit heures du soir.

Nous expliquant difficilement, les causes de cette mort rapide, alors que toutes les précautions antiseptiques avaient été prises; nous fîmes une enquête et nous sûmes par le mari, que la poche des eaux était rompue depuis 12 jours, et que l'accouchée n'avait pas fait de traitement aseptique chez elle. Ainsi s'expliquait cette mort rapide par septicémie suraiguë consécutive à une rupture prématurée de la poche des eaux. L'autopsie est venue d'ailleurs confirmer pleinement cette hypothèse, et a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic posé. Pas de péritonite, sauf quelques adhérences entre la face postérieure de l'utérus et le cul de sac de Douglas. Gros fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus. Sur le côté gauche de cette paroi, près de la corne gauche fibrome pédiculé gros comme une orange, 3 fibromes sessiles sur la face antérieure de l'utérus, un petit fibrome pédiculé faisait fortement saillie à l'extérieur. L'utérus présente une consistance ferme, la muqueuse est absolument lisse, sans aucun débris de cotylédon ou de membranes, mais dégage une odeur fétide. L'involution est avancée. Rien à signaler dans les autres appareils.

Comme on le voit, cette observation est intéressante dans toutes ses parties. Qu'il nous suffise de rappeler les points cliniques et thérapeutiques, qui s'en dégagent nettement.

1° Dans le cours de la grossesse, il y a un commencement d'incarcération par rétroflexion de l'utérus gravide, qui a pu faire songer un instant en ville, à une grossesse extra-utérine, et qui s'est corrigée spontanément, par un mécanisme bien décrit dans les auteurs classiques.

2° Le diagnostic, malgré ses difficultés, put être effectué de bonne heure, avant le travail définitif.

3° Malgré une tumeur fibreuse volumineuse, qui aurait pu soulever une indication d'opération césarienne, et malgré une présentation à la limite des eutociques, l'extraction d'un gros fœtus se fit sans grande difficulté.

4° L'infection consécutive à la rupture prématurée de la poche des eaux, nullement enrayée par le traitement antiseptique des plus minutieux, institué pendant et après le travail, après avoir eu des allures insidieuses, prit une marche suraiguë, et emporta la malade en dépit des soins les plus énergiques moins de 36 heures après l'accouchement.

OBSERVATION 2

(Avril 1906)

Avortement de trois mois - Hemorragies provoquées par une tumeur fibreuse de l'utérus

S... Jeanne, 32 ans.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père mort, mère vivante, ont eu 15 enfants, dont 10 morts en bas âge.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 11 ans. Mariée à 16 ans.

4 grossesses suivies d'accouchements eutociques.

2 avortements de 5 et 3 mois.

4 grossesses suivies d'accouchements avant terme et dystociques : deux épaules, 8 mois et 7 mois et demi.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 9 au 17 Janvier 1906. Durant cette grossesse, quelques phénomènes sympathiques.

Le 22 *Avril*, cette femme venait de la ville, entre au pavillon d'isolement, avec le diagnostic de rétention placentaire. L'interrogatoire nous apprend, que cette femme perd du sang depuis 10 jours, mais sans aucun lambeau de membranes. Les hémorragies ont surtout été abondantes le 13 et le 16 *Avril*.

A l'examen : la malade a le faciès ainsi que les muqueuses décolorées. L'état général est assez bon. Température 37°4. Céphalalgie intense.

Etat local : au palper : utérus à 4 travers de doigts au-dessus du pubis. Au toucher : col béant et perméable permettant l'introduction de deux doigts. Légères pertes sanguines sans fétidité.

M. LEGACNEUR administre une injection vaginale chaude ainsi qu'un gramme de quinine, 500 grammes de sérum artificiel et une potion tonique.

A 6 heures du soir, expulsion d'un fœtus paraissant âgé de trois mois environ; quinze minutes après sort le placenta. Pas d'hémorragie. Par le toucher, dans le cul de sac latéral droit, on a la sensation d'une tumeur.

Le 25 Avril, état général satisfaisant.

Le 27 Avril, l'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus du pubis, état général satisfaisant.

Le 30 Avril. L'état général s'améliore de plus en plus. L'utérus subit lentement son involution. L'hystérectomie donne 8 cm. 50. M. le Professeur ROUVIER confirme son diagnostic ainsi : Antéversion physiologique légèrement exagérée d'un utérus, paraissant en état de subinvolution par son volume, et dépassant la symphyse pubienne de deux travers de doigts.

Accroissement notable de l'épaisseur du fond de l'utérus, paraissant plus accentué vers la corne gauche, avec existence d'un léger sillon, qui circonscrit une tumeur fibreuse interstitielle élevée dans l'épaisseur de la paroi antérieure, envahissant légèrement le fond et la partie supérieure du bord latéral droit : elle semble avoir le volume d'une grosse bille.

La malade est sortie le 10 Mai.

OBSERVATION 3

(Mars 1914)

Avortement de 4 mois - Fibrome et grossesse

J... Louise, 31 ans.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents vivants ont eu 4 enfants en vie.

ANTECEDENTS PERSONNELS : Typhoïde à 15 ans, réglée à 18 ans (menstruation très irrégulière et abondante, mariage à 19 ans, neuf mois après premier accouchement normal ; six ans après nouvelle grossesse ayant évolué normalement, accouchement normal. Pendant l'allaitement aménorrhée, et six mois après l'accouchement, avortement de trois mois à la suite d'un effort. Six mois après cet avortement, nouveau début de grossesse, qui évolue normalement et se termine à terme. Aménorrhée pendant sept mois après, par allaitement. La malade a vu ses règles réapparaître. 45 jours après cette réapparition, hémorragies qui se répètent les jours suivants. Elle entre à l'hôpital et subit un curetage à la suite de cette intervention, les hémorragies cessent. Mais la fièvre persiste très élevée (39°, 40°).

Un mois après, au niveau de la face externe de la cuisse gauche, un phlegmon s'établit et est ouvert. Puis phlegmon du ligament, large, opéré par la voie abdominale, fin Décembre 1912. La malade sort au bout de sept mois. Durant cette période aménorrhée. Après sa sortie, les règles réapparaissent deux fois par mois et plus abondantes. En Mars 1913, un docteur examine la malade et diagnostique un fibrome de l'utérus. Entrée à l'hôpital (20 Avril), nouveau curetage. Un mois après, sortie.

Les règles réapparaissent tous les 18 et 20 jours très abondantes.

Grossesse actuelle. Elles cessent vers le 20 Octobre 1913. Depuis ce temps, contractions utérines et douleurs lombaires, mais pas de pertes sanguines, qui n'apparaissent que le 28 février 1914. Dès ce moment, les hémorragies sont abondantes. La malade se décide à entrer à l'hôpital (12 Mars 1914). Le docteur qui l'examine pense à une grossesse avec fibrome. Les douleurs que la femme ressent depuis le début de sa grossesse deviennent plus intenses, et le 14 au soir, les hémorragies abondantes sont suivies d'un avortement de quatre mois et demi d'après les règles.

Longueur du fœtus : 0,22.

Poids du placenta : 200 grammes.

Longueur du cordon : 0,35.

OBSERVATION 4

(Août 1918)

Bassin ample - Fibrome et grossesse - Accouchement spontané - Délivrance normale

D... Marie, 40 ans, célibataire, entre à la maternité le 31 Août 1918.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES. — Père mort diabétique; mère morte d'une affection cardiaque.

ANTECEDENTS PERSONNELS. — Réglée à 12 ans, menstruation régulière; pas d'antécédents obstétricaux; pas de grossesse antérieure, pas de fausses couches.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 24 au 27 Décembre 1917, diminuées. L'examen de l'utérus montre, qu'il l'élève

à six travers de doigts au-dessus de l'ombilic; elle entre dans le service au milieu du huitième mois, d'après les règles et le volume de l'utérus.

Depuis le 29 Août 1918, la femme se plaint de contractions utérines douloureuses et c'est là la raison de son hospitalisation.

EXAMEN DU BASSIN : pelvimétrie externe :

21, baudelocque
26 bi-épineux
29 bi-crétal
10,5 bi-ischiatique.

Bassin ample en général.

Au palper abdominal : on constate deux tumeurs utérines sessiles ; l'une siégant dans la région antéro-supérieure droite assez volumineuse de la grosseur d'une orange, l'autre dans la région antéro supérieure gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon;

Le 2 septembre 1918 : contractions légèrement douloureuses, varices, vulvaires. Pas d'albumine dans les urines.

Le 11 octobre 1918 : accouchement spontané. Suites de couches normales. La régression utérine se fait normalement. Les fibromes diminuent de volume.

Le 26 octobre 1918, la femme quitte le service, son état général est excellent.

OBSERVATION 5

MM. VINCENT, ROUVIER, H. DUBOUCHER et POUGET
communiquée à la

Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, le 8 Mai 1922

**Tumeur fibro-cystique de l'utérus - Opération au cin-
quième mois de la gestation
Guérison avec continuation de la grossesse**

Le 9 Février 1922, entre à la maternité d'Alger, la nommée A. D., primipare de 30 ans, avec le diagnostic de grossesse à terme. Les dernières règles remontent cependant aux 15-19 septembre 1921.

ANTECEDENTS PERSONNELS. — A. D. a été nourrie au sein, elle a marché à 16 mois, et a eu la rougeole à 4 ans. Elle a été réglée à 11 ans, et toujours régulièrement. Mariée l'année dernière, elle n'a pas eu de fausse couche.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES ET COLLATERAUX. — Père décédé à 79 ans d'affection indéterminée ; mère vivante bien portante ; ayant eu cinq grossesses consécutives terminées par des accouchements prématurés d'enfants, morts nés. Une sœur jumelle morte à 9 mois d'entérite. Pas d'autre frères et sœurs.

GROSSESSE ACTUELLE. — Les règles manquent depuis la mi-septembre 1926. — Il y a deux mois environ, A. D. vit apparaître dans la région inférieure de l'abdomen, une tumeur, qui augmente progressivement de volume, et s'est élevée vers l'ombilic puis vers l'épigastre. Il est apparu en outre et parallèlement à l'ascension de la tumeur précédente, une deuxième tumeur hypogastrique, qui a elle aussi progressivement augmenté de volume tout en restant au contact du pubis. Aucun trouble fonctionnel.

Examen. — Femme de 1 m. 70 d'une grande maigreur, dont les téguments et les muqueuses sont légèrement décolorées.

A l'inspection du ventre, on voit deux saillies volumineuses et régulières, médianes et superposées, dont l'inférieure remontant jusqu'à l'ombilic, occupe tout l'hypogastre et dont la supérieure immédiatement sous-adjacente remplit l'épigastre, et affleure les fausses côtes sans les évaser. La saillie supérieure suit légèrement les mouvements respiratoires ; elle est séparée de l'inférieure, par un sillon large et peu profond.

La palpation de la saillie inférieure permet de reconnaître, un utérus gravidé du cinquième mois : contractions incolores, ballottement abdominal, mouvements de respiration du fœtus. L'utérus est en antéversion.

La saillie supérieure est due à une tumeur arrondie et régulière, qui atteint le volume d'une tête d'enfant, et est mobile transversalement, mais non verticalement. Nettement fluctuante, cette tumeur donne même la sensation du flot, le flot transabdomino-thoracique est de plus perçu. La tumeur durcit pendant les contractions indolores de l'utérus.

La palpation profonde du sillon, qui sépare les deux tumeurs permet de sentir un large pédicule, qui s'engage derrière l'utérus, duquel il semble se fixer.

La rate n'est pas palpable non plus que le bord inférieur du foie. La tumeur supérieure ne s'engage pas sous les fausses côtes, dont elle est séparée par une bande transversale dépressible.

La percussion donne de la matité au niveau des deux tumeurs. La percussion brève de la supérieure donne une sorte de frémissement court, différent du frémissement hydatique kystique.

La rate n'est pas percutable ; la matité hépatique est normale. Une percussion attentive et légère, met en évidence une bande sonore entre le foie et la tumeur supérieure. Il existe de même entre les deux tumeurs une bande de sonorité superficielle qu'on ne retrouve pas à la percussion profonde.

La sonorité abdominale est normale par ailleurs. L'auscultation de la tumeur inférieure fait nettement percevoir les bruits du cœur fœtale, et les bruits de choc. Au niveau de la tumeur supérieure, on note le signe du sou, semblable à celui des épanchements pleuraux.

La phonendoscopie établit, qu'il existe une continuité certaine entre les deux tumeurs, et que, au contraire, la tumeur supérieure est distincte du foie.

Toucher vaginal : col ramoli, dévié en arrière et à gauche ; utérus volumineux, ballotement vaginal, excès de liquide amniotique.

Examen du bassin osseux : bassin généralement rétréci.

Autres organes : rétrécissement mitral pur, submatité dans deux sommets sans bruits adventices.

Radioscopie et radiographie après insufflation du gros intestin et de l'estomac. — Les images des deux tumeurs se superposent et empiètent même légèrement l'une sur l'autre. La tumeur supérieure est séparée du foie par le colon distendu. Le foie est petit et refoulé vers le haut et la droite. Rate normale refoulée vers la gauche, sans aucun rapport avec la tumeur.

Examen de laboratoire : Globules rouges : 4.200.000

» » leucocytes 7.000

Réaction Bordet-Wasserman : négative.

» de Hecht »

» de Weinberg »

» de Fleig et Lisbonne »

Epreuve de l'hémoclasie digestive : positive

» de la glycosurie phloridzique : positive.

Urines : sucre 0, albumine 0. signes d'insuffisances hépatique (uroboline et acides biliaires).

Diagnostic 1°) Le diagnostic de grossesse au cours du cinquième mois est évident.

2°) La tumeur abdominale surajoutée a une origine nettement pelvienne ; son apparition première, immédiatement au-dessous du pubis, son ascension progressive, sous la poussée de l'utérus en développement le démontrent amplement. Il s'agit en outre d'une tumeur manifestement assez mobile, pour s'énuccléer facilement du petit bassin dans l'abdomen. Aussi, les hypothèses possibles se réduisent à deux : fibrome en dégénérescence kystique par nécrose centrale, ou kyste de l'ovaire.

Si la fluctuation et la sensation du flot, absolument parfaites sont plutôt en faveur d'un kyste ovarique ; l'augmentation assez rapide au cours de la grossesse, l'existence d'un large pédicule paraissant s'insérer sur la face postérieure du fond de l'utérus ne permettent aucun doute ; il s'agit là d'une tumeur fibro-kystique, d'un fibrome utérin dont le centre s'est totalement ramolli, par nécrose ainsi qu'on le voit assez fréquemment, au cours de la grossesse.

Opération (Professeur VINCENT, H. DUBOUCHER). L'intervention est pratiquée, le 25 février, vers le milieu de l'espace intermenstruel.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : on tombe immédiatement sur un volumineux fibrome, auquel l'épiploon adhère sur sa surface. Ces adhérences sont détruites, et les ligatures hémostatiques nécessaires sont posées.

La tumeur étant extériorisée avec précaution, on voit qu'elle s'insère sur la partie postéro-supérieure de l'utérus, par un court pédicule, large comme la partie inférieure de l'avant-bras. Une collerette péritonéale est disséquée sur ce pédicule même, destinée à assurer tout à l'heure, la péritonisation de l'utérus. Le fibrome est tout doucement séparé de l'utérus, qui porte à la fin de l'énucléation tumorale, une plaie saignante et relativement profonde de 5 à 6 centimètres de diamètre. Un premier plan de suture rapproche les lèvres musculaires de cette plaie, et assure l'hémostase. Le plan péritonéal est ensuite rabattu par dessous, et maintenu par un deuxième plan de suture.

Suites opératoires absolument normales : la malade n'a aucune douleur interne ; on s'est totalement abstenu de médications

anti-abortives. Elle est sortie le 6 Avril de la maternité la grossesse continuait son cours normal.

Description de la pièce. — Du volume d'une grosse tête d'enfant, la tumeur est régulièrement arrondie et légèrement aplatie d'avant en arrière. Elle présente l'aspect caractéristique des fibromyomes utérins. Sectionnée en son milieu, le centre apparaît complètement nécrosé et de couleur brun chocolat. La masse centrale ramollie et tremblotante forme une sorte d'éponge gélatineuse, dont les mailles contiennent un liquide trouble roussâtre. La partie saine du fibrome ne forme plus qu'une coque périphérique, mince, épaisse seulement de 4 à 12 millimètres.

OBSERVATION 6

(Sept. 1924)

**Fibrome et grossesse - Avortement dans le cinquième mois
Extraction d'un fœtus de 500^{gr} en présentation
siège - Délivrance artificielle**

M... Marguerite, 41 ans, divorcée.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents vivants, 3 sœurs bien portantes.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 13 ans, menstruation régulière, mariage à 19 ans, première grossesse il y a douze ans suivie d'accouchement eutocique, fille vivante. Au cours de ses couches, la femme a remarqué *un nodule dans l'utérus, depuis la masse n'a fait qu'augmenter*. Ménorrhagies et métrorrhagies depuis lors.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles du 13 au 17 Avril 1924, mouvements actifs perçus, il y a deux mois.

Utérus remontant, au-dessus de l'ombilic, grosses masses fibromateuses. Le volume de l'utérus est celui du terme. A l'entrée dans le service, la grossesse est de cinq mois d'après les règles.

Le 25 Septembre 1924, la malade entre au pavillon de Tarnier, accouche d'un fœtus de cinq mois, qui s'est présenté par le siège. Délivrance artificielle.

Suites de couches normales. La malade est sortie le 3 Octobre 1924.

OBSERVATION 7

(Octobre 1924)

Fibrome prævia - Rupture précoce des membranes
Défaut de dilatation et d'engagement - Césarienne suivie
d'hystérectomie subtotale - Enfant vivant

R... Alice, 32 ans, entrée le 18 Octobre 1924.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père mort d'une attaque, mère vivante, quatre enfants, dont un mort à 3 ans.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 12 ans et demi, menstruation régulière, fièvre typhoïde et rougeole, mariage à 28 ans. Antécédents obstétricaux : néant.

GROSSESSE ACTUELLE : Dernières règles du 22 au 30 Décembre 1923. L'utérus remonte à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à 36 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. La femme entre donc dans le service à terme.

Elle a eu durant cette grossesse des vomissements. Dans ses urines, l'analyse n'a pas révélé d'albumine.

Examen : On note de l'œdème aux membres inférieurs, un utérus ovoïde, qui présente des contractions douloureuses. Au toucher, segment inférieur en formation, présentation accessible : sommet.

Le 18 Octobre 4 heures, monte à la salle de travail, cette primipare en douleurs depuis la veille. Elle a perdu les eaux le 17 Octobre à midi. Au palper l'utérus est volumineux. On n'arrive pas à reconnaître de parties fœtales, tellement il est contracturé. *Toutefois on trouve une irrégularité dans sa forme.* Au toucher, col dilaté comme cinq francs à peine. La tête est très mobile au détroit supérieur.

A 8 heures, l'examen plus approfondi montre l'existence au niveau du segment inférieur mais nettement abdominal d'une tumeur de la taille d'une orange. Elle appartient incomplètement à l'utérus car elle se durcit avec lui au moment des contacts utérins. Dans l'intervalle elle est fluctuante. La tête est toujours très mobile.

L'accouchement a été impossible par les voies naturelles, la malade est conduite dans le service de clinique chirurgicale assuré par le Professeur agrégé LOMBARD.

Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie, extériorisation de l'utérus. Section médiane qui passe au travers du fibrome, qui est en voie de dégénérescence, interstitiel et du volume d'une grosse orange.

L'enfant crie immédiatement après son extraction. Il pèse 3 k. 370 grammes, et se présente dans un assez bon état physique. Ensuite il est procédé à une hystérectomie et à une appendicectomie. La femme est évacuée salle Bichat. Elle est sortie peu après son opération.

OBSERVATION 8

(Nov. 1924)

Petits fibromes sur le fond utérin sensibles au palper.
Application de forceps dans l'excavation en O I D A
Episiotomie. Enfant mort et macéré 3 k. 600
Délivrance artificielle. Poids du placenta: 520 gr.

Jeanne G... 41 ans, entrée le 12 Novembre.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents vivants, ont eu six enfants. L'un mort-né, un autre mort à 8 mois, un troisième mort à quatorze mois, les trois autres sont vivants.

ANTECEDENTS PERSONNELS : a marché entre 18 mois et deux ans, boîteuse jusque vers la dixième année. Typhoïde à 27 ans. Grippe en 1918. Douleurs rhumatismales assez fréquentes.

Réglée à 13 ans, menstruation très régulière. Premier mariage à 20 ans suivi de divorce ; deuxième mariage à 37 ans. Antécédents obstétricaux : néant.

GROSSESSE ACTUELLE : Dernières règles du 12 au 15 Février 1924. Les mouvements actifs sont apparus en Juillet 1924. La hauteur de l'utérus remonte jusqu'à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La femme entre dans le service, au début de la 2^e quinzaine du 9^e mois d'après le volume de l'utérus et la date des dernières règles.

Examen général : squelette normal, taille 1 m. 53. Varices légères aux membres inférieurs qui sont bien conformés.

Palper abdominal : la hauteur de l'utérus est de 34 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. Circonférence ombilicale : 99 cm. L'utérus est le siège de contraction indolores et présente au palper de petits fibromes sur le fond, sensibles à la pression.

Présentation du sommet, pas d'engagement. Bruits du cœur fœtal perçus à gauche.

Au toucher : pas de modification du col, segment inférieur en formation, présentation accessible : sommet.

Bassin ample : 21 Baudelocque.

» bi-épineux.

» 19 bi-crétal.

» 11 bi-ischiatique.

Antéversion pelvienne marquée.

Analyse d'urines : pas d'albuminé.

Observation : l'examen critique du bassin montre qu'il faut absolument rejeter l'hypothèse d'une ancienne luxation de la hanche.

30 Novembre : Début du travail à 11 heures.

A 15 heures, la femme monte à la salle du travail ; au toucher : dilatation comme deux francs, position O I D P.

A 20 heures, dilatation complète, rupture tempestive de la poche des eaux. Depuis le début du travail, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. Les contractions utérines sont subinrantes.

A 21 heures, apparition du méconium. On fait alors une application de forceps dans l'excavation en O I D A. Extraction après épisiotomie d'un enfant du sexe féminin, mort et pesant 3 k. 600. Délivrance artificielle, placenta 520 grammes, Q. F. P. 6, 92. Durée totale du travail : 10 heures.

Résultats de la réaction de Wasserman :

W H négatifs.

Le 3 Décembre 1924, sortie de la malade.

OBSERVATION 9

(mai 1926)

Accouchement normal en O. P. d'un enfant du sexe féminin bien conformé pesant 3^{kg} 740

Délivrance normale - Poids du placenta 490. Q.F.P. 6,7

Durée du travail : 20 h. env. - Fibrome du fond utérin

De l'A... Françoise, entrée le 25 Mai 1926.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents morts, trois sœurs bien portantes.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 13 ans, menstruation régulière, mariage à 15 ans, 1^{re} grossesse à 16 ans, accouchement normal. La femme dit avoir été hospitalisée au pavillon Tarnier il y a un mois pour fibrome et grossesse.

GROSSESSE ACTUELLE : la date des dernières règles est inconnue.

Examen : léger œdème des membres inférieurs.

L'utérus remonte à 42 cm. au-dessus de la symphyse pubienne a une forme bilobée. La circonférence ombilicale est de 104 cm. A deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur arrondie, grosse comme une orange, mobile avec l'utérus.

La présentation est céphalique, le dos est à gauche.

Le bassin présente à la pelvimétrie externe les mesures suivantes :

21.5 Baudelocque.

24 bi-épineux.

28 bi-crétal.

10 bi-ischiatique.

Le 25 mai à 15 heures, la malade monte à la salle de travail, rupture de la poche des eaux : issue d'un liquide abondant.

A 17 heures : la dilatation est comme deux francs. Le sommet est engagé.

A 20 heures, même dilatation.

A 1 heure, dilatation comme cinq francs, la tête descend normalement.

A 3 heures, dilatation comme une petite paume de main.

A 6 heures, dilatation comme une grande paume de main.

A 8 heures, la dilatation est complète, le sommet est en O. I. G. A.

A 9 h. 30, expulsion en O. P. d'un enfant du sexe féminin bien conformé de 3.740 grammes, avec issue de méconium, circulaire réductible.

A 10 h. 30, délivrance normale, placenta : 490 grammes. Durée totale du travail 12 h. 30.

On s'est abstenu pendant toute la durée du travail de faire l'expression abdominale.

Après l'accouchement on constate une consistance très grande du fibrome.

La parturiente fait une petite crise probablement pithiatique caractérisée par des tremblements dans les membres de la raideur articulaire et une omnibulation assez marquée.

Le 30 Mai, la température monte brusquement le 4^e jour après l'accouchement à 40°, on note en même temps un pouls à 120.

Le 31 Mai, la température descend à 38°. Dans les jours suivants, elle oscille entre 38 et 37, puis redevient normale. La malade a été traitée par le repos au lit avec glace sur le ventre et vaccin.

Le 10 Juin 1926, sortie.

OBSERVATION 10

(Sept. 1926)

Hystérectomie par fibrome volumineux en voie de dégénérescence - Utérus gravide de 3 mois

M... bent M... (Michelet).

Hystérectomie subtotale, congestion pulmonaire postopératoire. Il y a d'abord eu dans les cinq jours, qui ont suivi l'opération, une élévation de la température, qui a oscillé entre 39 et 37. Puis, la malade a fait une petite poussée de congestion pleuro-pulmonaire, qui a duré cinq à six jours, et qui fut marquée par un petit mouvement fébrile.

OBSERVATION 11

(Octobre 1926)

**Accouchement normal assez rapide en O. P. d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.050 gr - Délivrance normale - Inertie utérine - Hemorragie - Injection intra utérine - Ergotine Hypophyse
Temponnement intra-utérin - Nodules fibromateux**

Joséphine P... 23 ans, entrée le 9 Octobre 1926.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père mort, mère vivante, ont eu trois enfants dont un mort en bas âge.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 13 ans et demi, mariage à 21 ans. 1^{re} grossesse suivie d'un accouchement normal, enfant vivant.

GROSSESSE ACTUELLE : Dernières règles : du 3 au 7 Janvier 1926, entre dans le service à terme d'après les règles et le volume. Pas d'albumine dans les urines. L'engagement n'est pas réalisé. Le segment inférieur est en voie de formation. Le bassin présente à la pelvimétrie externe les mesures suivantes :

- 20 Baudelocque.
- 22 bi-épineux.
- 26 bi-crétal.
- 10 bi-ischiatique.

Le 9 octobre à 20 heures, la femme monte à la salle de travail. Le début des douleurs date de 14 heures. La rupture des membranes est prématurée.

A 21 h. 45 : dilatation complète. Douleurs régulières et fortes. Les bruits du cœur fœtal sont perçus, bons et réguliers. La présentation est fortement engagée en O. I. G. A.

A 22 heures, expulsion spontanée rapide en O. P. d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3.050 grammes. Le poids du placenta est de 400 grammes.

A 22 h. 55, délivrance normale. L'utérus se contracte mal et fait de l'inertie. Les pertes sanguines abondantes nécessitent deux injections d'ergotine. Les pertes continuent, on fait une révision et on note la présence de nodules fibromateux. Monsieur LECONTE procède à une tamponnement intra-utérin très serré. Tout rentre dans l'ordre après cela. On fait à la malade une injection de 10 cm³ d'huile camphrée et du vaccin à titre préventif.

Dans les suites de couches, la température oscille entre 37° et 38° pendant 22 jours, durant lesquels la malade a reçu du vaccin tous les deux jours.

OBSERVATION 12

(Déc. 1926)

**Forceps à la vulve - Dégagement en O. P. d'un enfant du
sexe féminin du poids de 3.070 gr, né étonné
Délivrance artificielle - Poids du placenta 380 gr Q. = 8,7
Noyaux fibromateux**

F... Scolastique, 29 ans, célibataire, entrée le 25 Décembre 1926.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents morts.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglé à 15 ans, menstruation régulière, un avortement spontané en 1926.

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles du 7 au 10 Avril 1926. Le terme probable est le 17 janvier 1927.

Entre dans le service dans le 8^e mois.

A l'examen : rien à signaler.

Le 20 Janvier : la femme, bien suivie à la salle Dubois, présente depuis quelques jours des pertes en assez grande quantité, surtout le matin au lever, liquide très fluide, laissant sur le linge des taches jaunes.

Le 24 Janvier les pertes de liquide continuent dans les mêmes conditions.

Le 28 Janvier la femme monte à la salle de travail.

A l'examen on trouve :

1°) le fœtus en position gauche antérieure se présentant par le sommet.

2°) La présentation est en voie d'engagement.

3°) Le col est effacé et dilaté à peu près comme cinq francs.

Mais après un examen plus minutieux, on arrive à palper au niveau de la ligne médiane, à 4 cm. au-dessous de l'ombilic, un petit noyau fibromateux dur. A droite dans la région de la corne utérine correspondante, on relève encore l'existence d'une grosse masse adhérente de l'utérus, et faisant corps avec lui sans sillon de démarcation bien net. Il s'agit vraisemblablement d'une tumeur, de la même nature fibromateuse que la première. Cette dernière, qui siège sur la face antérieure de l'utérus, grosse comme un

œuf de pigeon, nous permet d'assister au cours du travail, d'une manière indirecte, à la formation du segment inférieur.

En effet le petit fibrome situé avant tout début du travail à 5 ou 6 cm. environ au-dessous de l'ombilic, les douleurs apparaissant, s'est mis à remonter lentement, vers la ligne médiane pour atteindre l'ombilic. Bientôt, il dépassa ce point de repère de deux travers de doigts après avoir parcouru un trajet d'environ 7 à 8 cm.

A 20 heures, la dilatation est complète. On ordonne à la femme de pousser, mais on s'abstient, en présence de cet utérus fibromateux, qui a perdu de sa souplesse, et qui se contracte mal, de toute manœuvre abdominale : expression en particulier.

A ce moment, les bruits du cœur fœtal sont bons, et on attend ainsi jusqu'à 22 heures vainement. Il y a 2 heures que la tête affleure presque la vulve comprimant le rectum et surtout l'urètre. Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons. Les contractions sont espacées, irrégulières, et pas toujours très efficaces. La femme s'épuise. On décide d'en finir par une application de forceps. La prise se fait sans difficulté. Elle permet d'extraire un enfant du sexe masculin du poids de 3.070 grammes. Il est 22 h. 25, l'enfant a souffert. Il est ratatiné et a l'air vieillot. Il naît étonné. Peu de liquide amniotique s'écoule après l'expulsion. Il est d'ailleurs fortement teinté de méconium.

On arrive à ranimer l'enfant par les moyens ordinaires (bains chauds et froids). On attend la délivrance. Elle ne se fait pas. Le placenta n'est pas décollé et ne semble pas d'ailleurs vouloir se décoller. Des hémorragies se produisent, affaiblissant beaucoup la malade dont le cœur bat à 120, bientôt à 130 puis à 140 pulsations à la minute. L'interne procède à la délivrance artificielle. Il est minuit et demi, on relève la tension de la femme par une injection intra-veineuse de 500 grammes de sérum salé au 7/1.000.

Dans les suites de couches, il faut signaler une lymphangite du sein survenue le 5^e jour après l'accouchement, le 17 Février, sortie.

OBSERVATION 14

(Juillet 1927)

**Avortement spontané au 4^{me} mois - Retention placentaire
Curage digital - Fibrome et grossesse**

R... Angèle, 31 ans, entrée le 14 Juillet 1927.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : mère morte de pneumonie, père vivant, ont eu cinq enfants dont deux jumeaux.

ANTECEDENTS PERSONNELS : a marché à deux ans, réglée à 13 ans, menstruation régulière, mariage à 23 ans.

1919, première grossesse accouchement normal enfant vivant.

1921, deuxième » » » » »

1924, troisième » » » » »

1925, quatrième » » » » »

1926, cinquième » » » » »

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles du 20 Mars 1927. Le terme probable est le 30 Décembre 1927. Entre dans le service dans le 4^e mois de sa grossesse. Pertes verdâtres odorantes, pas d'albumine dans ses urines.

A l'examen, pas d'œdème dans les membres inférieurs, légères varices au niveau de la jambe gauche.

Hauteur de l'utérus, 9 cm. au-dessus de symphyse pubienne.

Examen du bassin : en général rétréci.

Baudelocque, 19

Bi épineux, 22

Bi crétal, 25.

Bi ischiatique, 9.5

La gestante entre dans le service, parce qu'elle ressent des douleurs au bas ventre.

Le 12 Juin, la malade voit un léger écoulement de sang rose, et perd ainsi pendant 15 jours environ.

Le 15 Juillet, elle s'aperçoit que ses pertes sont plus abondantes. Le sang d'abord foncé devient clair. Les pertes sont odorantes. Les douleurs sont perçues au bas ventre ; au palper l'utérus remonte à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse.

Au toucher : col long, utérus volumineux dur avec le toucher et le palper combiné on perçoit dans la région isthmique un noyau fibromateux peu développé. En arrière dans le douglas on sent une petite masse faisant corps avec l'utérus.

On procède à un curage. Du 23 au 30 juillet, on prend sa température, qui varie de 37 à 38° jusqu'au 26 Juillet, puis redescend à la normale le 29 juillet.

Le 30 Juillet : sortie.

OBSERVATION 14

(Oct. 1927)

**Fibrome et grossesse - Bassin généralement rétréci
Laparotomie par fibrome prævia chez une femme au terme
de la grossesse - Hysterectomie subtotale**

M... Marie Antoinette 28 ans, entrée dans le service le 17 octobre 1927.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents morts, ont eu un seul enfant.

ANTECEDENTS PERSONNELS : a marché à 12 mois ; réglée à 13 ans, régulièrement depuis, scarlatine à 11 ans, mariage à 22 ans.

PREMIERE GROSSESSE en cours. — Dernières règles du 14 au 18 Janvier, le terme probable est le 26 Octobre 1927.

Entre dans le service dans la dernière quinzaine du 9^e mois.

A l'examen : femme de très petite taille, 1 m. 43.

Au palper : utérus ovoïde de volume normal incliné à droite, paroi abdominale ferme. Contractions indolores. Mouvements à droite. Présentation céphalique, dos à gauche. Engagement non réalisé, tête située en partie dans la fosse iliaque gauche. Battements du cœur fœtal perçus bons à gauche.

Au toucher : vagin normal ; col dévié à gauche ramolli sur toute sa longueur, orifice non perméable. Segment inférieur non formé.

Bassin généralement rétréci et applati.

Baudelocque, 17.

Bi-épineux, 20,5

Bi-crétal, 23.

Bi-ischiatique, 9

Le promontoire est accessible et se trouve à 8 cm. de la symphyse : P.P.M. : 8.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 17 Octobre, cette gestante admise par le service de la consultation, entre à la salle Dubois avec le diagnostic de dystocie maternelle. On l'examine de nouveau et on confirme la nature du bassin rétréci généralement (P.P.M. : 8) qu'avait cette petite

femme. Par ailleurs au toucher on constate que l'excavation est comblée par une *grosse masse plutôt molle, faisant corps avec l'utérus*. Au-dessus par le palper, on arrive sur une tête fœtale, débordant le détroit supérieur très largement à gauche.

En présence de ces deux éléments dystociques, d'une part l'exiguïté du bassin, de l'autre *le fibrome prævia*, qui est un obstacle certain à l'accouchement, le chef de clinique décide d'intervenir chez cette femme, avant toute épreuve de travail : pratiquer une césarienne suivie selon les cas soit d'une myomectomie soit d'une hystérectomie subtotale.

Le 29 octobre 1927 : Laparotomie pour fibrome du travail. Incision de 20 cm. environ. Extériorisation de l'utérus, on pratique la section médiane du corps utérin. On tombe sur le placenta, et l'on extrait l'enfant mort depuis trois ou quatre jours.

Le fibrome constitue une tumeur située sur la partie postérieure latérale droite du segment inférieur et incluse dans le ligament large. Cette tumeur du volume d'un gros poing irrégulière, bosselée, ne se prête nullement à une myomectomie. On pratique alors une hystérectomie subtotale.

Au niveau du segment inférieur, on fait l'hémostase des différents pédicules vasculaires. Péritonisation facile du petit bassin. Fermeture totale de l'abdomen.

On laisse une simple mèche de drainage, plongeant dans le cul de sac de Douglas.

Sérum : physiologique sous-cutané 500 grammes, huile camphrée 10 cm³.

Soins post-opératoires habituels.

OBSERVATION 15

(Octobre 1927)

Fibrome chez une multipare jeune : 24 ans - Hémorragie grave - Avortement spontané de 5 mois environ
Réaction salpingienne

C... Isabelle, 24 ans, entrée le 15 Décembre 1927.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père mort de congestion pulmonaire, mère vivante, ont eu 11 enfants dont 5 morts en bas

âge et un à 7 ans de congestion pulmonaire, 1 à 16 ans, un tué à la guerre, et un d'un ulcère de l'estomac.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 14 ans, menstruation irrégulière et abondante, a eu une pneumonie.

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : 1^{re} grossesse, accouchement normal, enfant vivant.

2^e grossesse avortement provoqué dans le 5^e mois.

3^e » » » » 2^e mois.

4^e » » » » 2^e mois.

5^e » accouchement enfant vivant.

La malade a suivi la consultation.

Examen du 27 Novembre 1927 : règles irrégulières et très abondantes. Douleurs dans le bas ventre. Au toucher utérus globuleux, à gauche salpingite légère, rien à droite.

Au spéculum : col gros avec un peu de métrite glandulaire. On ordonne des ovules et des injections vaginales.

La réaction de Wasserman donne W et H négatifs.

Examen du 3 Décembre 1927 : métrite et grossesse au début probable.

Examen du 8 Décembre 1927 : dernières règles 24 Novembre (diminuées) utérus augmenté de volume à surface irrégulière, nodosité à la partie antérieure de consistance molle ; prélèvement des pertes en vue de la recherche du gonocoque. Le résultat est négatif.

Le 15 Décembre 1927, la malade entre dans le service pour hémorragies abondantes et douleurs dans le bas ventre.

A 22 heures, hémorragie. On fait une injection intraveineuse de 0.25 cm. de citrate de soude à 10 %. La malade se plaint de fortes douleurs dans le bas ventre, à prédominance gauche. Il n'existe pas de contracture de la paroi abdominale. L'hémorragie continue. On fait une toilette soignée et une injection vaginale de six litres. On pratique alors une injection hypodermique de 1 cm. d'extrait d'hypophyse. Un suintement persiste seul pendant une demi-heure, mais les douleurs continuent, elles sont à type expulsif, sans vomissements, sans défense musculaire. Le poids est à 83.

La perte de sang peut être évaluée à près d'un litre.

La malade a présenté une syncope.

Le 18 Décembre 1927 : expulsion d'un fœtus d'environ cinq mois.

A 16 heures : température 38,5, le pouls est à 120.

Le 22 Décembre 1927 : réaction salpingienne, glace et propidon.

La température reste légèrement élevée, ne dépasse pas 38,5, est redescend à la normale dans les jours suivants. Le pouls est resté à 100 pendant toute la semaine qui a suivi l'avortement.

L 7 Janvier 1928, la malade est sortie.

OBSERVATION 16

(Déc. 1927)

Bassin légèrement retrécit - Petit fibrome utérin - Travail long : 56 h. et demie - Expulsion spontanée - Enfant vivant

Jeanne T..., 23 ans, entrée le 21 Décembre 1927.

ANTECEDENTE HEREDITAIRES : mère vivante, père vivant.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée ; menstruation ; mariage à 22 ans.

PREMIERE GROSSESSE ACTUELLE.

Dernières règles : 28 Mars 1927. Terme probable : 7 Janvier.

Entre dans le service dans la 2^e quinzaine du 9^e mois.

Depuis deux mois, urines troubles, polyurie nocturne et diurne accompagnée de sensation de brûlure au début des mictions, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen : femme de petite taille, 1 m. 54, léger œdème des membres inférieurs.

Au palper : l'utérus remonte à 32 cm. du dessus de la symphyse pubienne, il est ovoïde et présente des contractions douloureuses. La présentation est céphalique. Les mouvements actifs sont perçus à droite. Le dos est à gauche. L'engagement est non réalisé. *On note au niveau de la partie supérieure et droite de l'utérus, une tumeur de nature probablement fibromateuse, de la grosseur d'une mandarine.*

Les bruits du cœur fœtal sont perçus bons à gauche.

Au toucher : petite vulve. Col mou dans toute sa longueur, orifices non perméables. Segment inférieur non constitué.

Examen du bassin : Baudelocque, 18.5

bi-épineux : 23

bi-crétal, 26.

bi-ischiatique, 9.5.

L'étroitesse des parties molles rend le toucher difficile. Le promontoire n'est pas toutefois accessible.

On note par ailleurs chez la femme de la surdité, et des urines toujours troubles.

Accouchement : Le 13 Janvier 1928 à 18 heures, début du travail.

La parturiente entre à la salle d'accouchement à 20 heures. A l'examen on note une position en O. I. G. A.

La dilatation est complète le 15 Janvier à 8 h. 30.

Rupture précoce des membranes, liquide amniotique teinté de méconium. Le dégagement se fait en O. P. L'expulsion du fœtus se réalise, le 15 janvier à 16 heures et demie.

Durée de la période d'expulsion : huit heures.

Durée totale du travail : 56 heures et demie.

Placenta expulsé à 17 heures 10. Placenta prævia anatomique, globe de sureté. La température de la femme est à 37°6, son pouls à 104.

Le 26 Janvier, sortie.

OBSERVATION 17

(Janv. 1928)

Noyaux fibromateux - Relachement douloureux des symphyse - Accouchement spontané - Hémorragie de la délivrance : 1 l. 400 - Tamponnement intra-utérin

P... Joséphine, ép. Ma..., 25 ans entrée le 17 janvier 1928.

ANTECEDENTS HEIREDITAIRES : père mort à la suite d'une affection cardiaque. Mère vivante.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 13 ans 1/2. Rougeole, scarlatine, broncho-pneumonie double, pleurésie à 15 ans. Congestion pulmonaire à 19 ans. Depuis bronchite tous les hivers.

Mariage à 21 ans. 1^{re} grossesse accouchement normal, enfant vivant. 2^e grossesse, accouchement rapide, inertie utérine hémorragie. Cet accouchement s'est fait dans le service et est relaté dans l'observation 11. *On a noté la présence de noyaux fibromateux dans l'utérus à la suite d'une révision interne pratiquée en raison de l'hémorragie de la délivrance.*

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles du 28 Avril au 2 Mai 1927. Le terme probable est le 12 Février 1928. La femme entre dans le service à la fin de la première quinzaine du 9^e mois. Elle se plaint de douleurs lombaires, et de pyrosis. L'analyse des urines ne décèle pas d'albumne.

A l'examen : femme de petite taille, 1 m. 54.

Au palper : contractions utérines douloureuses.

Au toucher : parties molles normales. Mais le coccyx est situé très en avant. Faux promontoire accessible à bout de doigt.

Le 3 Février, la parturiente se plaint, depuis quelques jours, de douleurs siégeant au niveau de la symphyse pubienne, les douleurs sont ressenties au cours de la marche et dans les stations debout. A la palpation, les symphyses sont douloureuses, et on sent nettement une disjonction de la symphyse pubienne.

On ordonne de l'opocalcium.

Le 5 Février à 14 heures. La gestante ressent de petites douleurs tous les trois-quarts d'heure environ.

A 21 heures, les douleurs reviennent toutes les 20 minutes.

On examine la femme, et on constate que la présentation est à peine amorcée. Au toucher : le col est en voie d'effacement. On fait faire un lavement pour vider le rectum.

Le 6 Février à 7 h. 30 : la parturiente monte à la salle de travail, les douleurs sont plus rapprochées, toutes les huit minutes environ. Les bruits du cœur fœtal sont bien frappés à 130.

Au toucher pratiqué à 8 heures, la dilatation est entre une petite et une grande paume de main. La poche des eaux est cylindrique et ne permet pas au doigt d'atteindre la présentation.

A 10 h. 45, la dilatation est complète. La poche des eaux est intacte, elle bombe fortement dans le vagin. La rupture artificielle est faite entre deux contractions. Le liquide amniotique s'écoule clair. A partir de ce moment, la présentation progresse rapidement. Il suffit de deux douleurs pour que la tête apparaisse à la vulve.

A 11 heures, expulsion en O. P. d'un enfant du sexe masculin bien constitué pesant 3.450 grammes.

La rétraction de l'utérus se fait normalement, mais il s'écoule une grande quantité de sang liquide et de caillots tels, que le tout peut être évalué à environ un litre 400 grammes.

A 11 h. 15, expulsion du placenta qui pèse 720 grammes. La femme continue à saigner, on fait 2 cm³ d'ergotine, puis 1 cm³ d'hypophyse. L'hémorragie continuant, sous légère anesthésie au kélène, on fait un tamponnement intra-utérin et des culs de sac vaginaux, puis on injecte à la malade 500 grammes de sérum artificiel.

Suites de couches : deux jours après l'accouchement la température monte progressivement à 40°4. La malade est évacuée au pavillon de l'isolement. On lui fait des injections intra-utérines avec du liquide de Tanier fort. La température se maintient entre 39° et 40° pendant six jours. L'analyse des urines est négative à la date du 15 Février 1928.

L'hémoculture pratiquée le 17 Février 1928 et répétée dans les jours suivants reste négative. Enfin les lochies prélevées dans la cavité utérine sont examinées et leur examen ne décèle aucun microbe.

Le 21 Février : le fond de l'utérus est à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne, le corps est mobile, dur, le col est fermé. On sent à la partie postérieure du cul de sac latéral droit un tractus induré gros comme un doigt, plaqué contre la paroi postérieure de l'excavation très douloureuse, descendant dans le vagin.

La malade est traitée par des injections intra-utérines ; un abcès de fixation est pratiqué ; en outre elle reçoit des injections intraveineuses de novarsenobenzol. L'auto-hémothérapie est également entreprise, et enfin des injections d'électrargol de 10 cm. La diurèse, pendant toute cette période fébrile qui a duré près d'un mois, se maintient à un litre.

La température descend progressivement, et la malade très améliorée, sans fièvre depuis le 8 Mars, sort le 13 Mars, guérie.

OBSERVATION 18

(Janv. 1928)

**Présentation du siège partiellement décomplété mode
des fesses - Rupture prématurée des membranes
Petite extraction - Primipare âgée - Utérus fibromateux**

C... Victorine, 34 ans, entrée le 28 Janvier 1928.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : mère décédée, a eu des accouchements normaux.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 15 ans, menstruation irrégulière, fièvre intestinale à 26 ans. Mariage à 31 ans.

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles du 5 au 8 Avril 1927. Le terme est la fin Janvier, la femme entre dans le service à terme. Rien à signaler au cours de la grossesse.

A l'examen. — *Au palper* : Hauteur de l'utérus au-dessus du pubis : 32 cm. Contractions indolores, présentation du siège, dos à gauche, engagement non réalisé. Auscultation : battements du cœur perçus à gauche.

Au toucher : col en voie d'effacement, orifices perméables, partie foetale accessible : coccyx et crête sacrée à gauche.

L'examen du bassin donne :

Baudelocque, 18,5

Bi-épineux, 25

Bi-crétal, 28

Bi-ischiatique, 10.

Le promontoire est inaccessible.

Il s'agit d'une femme primipare, primigeste, qui entre dans le service, parce qu'elle perd les eaux depuis deux jours.

Accouchement. — La parturiente est examinée de nouveau dans la salle de travail.

Au palper, on retrouve au niveau du détroit supérieur, une partie foetale plus volumineuse, dépressible. Dans le fond de l'utérus, on constate la présence de la tête foetale ballottante et occupant l'hypochondre droit. Au niveau de l'ombilic la palpation plus approfondie de la paroi utérine fait constater la présence

de noyaux fibromateux de volume variable mais ne dépassant pas la grosseur d'une petite amande, et situés particulièrement sur le dôme utérin.

A l'auscultation : bruits du cœur fœtal perçus à gauche, au-dessus de l'ombilic.

Le toucher pratiqué à 14 h. 45 montre une dilatation comme un franc. La présentation n'est pas engagée, à gauche et en haut on sent la pointe du coccyx. On confirme le diagnostic de présentation du siège. Le doigt revient souillé de méconium.

A 17 heures les bruits du cœur fœtal sont perçus et au nombre de 140-150. A partir de cette heure, la parturiente ressent des frissons, et quelques petites douleurs espacées. On lui donne de la quinine.

A 22 heures un deuxième toucher montre une dilatation complète. La présentation est engagée profondément, et se place sous la symphyse pubienne. La position est S. I. G. A.

A 23 heures les contractions prennent un caractère douloureux, la parturiente pousse, on la place en position obstétricale au bord du lit. On fait de l'expression sur le fond de l'utérus mais sans violence. La hanche antérieure apparaît à l'orifice vulvaire, la hanche postérieure accomplit en même temps son mouvement de rotation. Pour aider ce mouvement, on fait de l'expression sur la partie postérieure du périnée. Le pôle fœtal apparaît tout entier à la vulve. La hanche antérieure est en grande partie à l'extérieur, la postérieure est complètement dégagée ; un pied postérieur se présente par la face plantaire. Le dégagement ne se produit pas. Les contractions utérines n'étant pas énergiques, la femme paraissant épuisée, les battements du cœur fœtal étant à 84, on décide d'intervenir. On extrait les membres, puis le siège, l'anse du cordon est pratiquée. Les épaules apparaissent et se dégagent successivement. La manœuvre de Mauriceau met fin à l'accouchement.

L'enfant est en apnée, on le ranime rapidement par les moyens habituels, il est du sexe féminin, pesant 2.850 grammes. La délivrance se fait normalement. Le placenta pèse 500 grammes.

Suites de couches normales.

Le 7 Février 1928, sortie.

OBSERVATION 19

(Janv. 1928)

Accouchement en ville - Procidence du cordon - Mort-né
Revision utérine - Fibrome utérin

Fatma bent... 35 ans environ, entrée le 29 Janvier 1928.

ANTECEDENTS : première grossesse terminée par un accouchement prématuré dans le 7^e mois : gémellaire, enfants morts.

2 autres grossesses menées à terme : enfants vivants, l'un de 5 ans, l'autre de 3 ans.

Toutes les autres grossesses, 12 environ, se sont terminées par des avortement spontanés dans les 3, 4 et 5^e mois.

GROSSESSE ACTUELLE : Le 29 Janvier à 19 h. 30, monte à la salle de travail, une mauresque venant de l'intérieur, avec le diagnostic d'accouchement dystocique, présentation de l'épaule avec procidence d'un bras et du cordon.

Cette dernière grossesse a évolué normalement, quand il y a quatre jours, le 26 Janvier, la femme entra en douleurs. Le 28 Janvier, soit deux jours après l'apparition des premières contractions douloureuses, un bras et le cordon ont apparu à la vulve. Cette femme étant seule dans son gourbi à ce moment, personne, dit-elle, n'a tiré sur le bras procident. Les douleurs ont continué. Le 29 on mande un médecin qui conseille l'hospitalisation immédiate.

A son arrivée, elle nous dit avoir accouché spontanément dans l'auto, qui la transportait, elle nous présente en effet le fœtus. C'est un mort-né macéré, qui par son cordon tient encore au placenta très étalé en limande, et qui est découronné. Après une toilette, on fait une injection intra-utérine chaude de Tarnier, puis on pratique une révision de la cavité utérine. On ramène quelques caillots et peu de débris membraneux. Dans l'utérus on perçoit deux fibromes sous-muqueux, l'un sur la ligne médiane, l'autre déjeté sur la gauche. On fait, après la révision, une seconde injection de Tarnier fort, 40 cm³ de sérum anti-streptococcique. Le pouls est à 110, la température 37,6.

Poids du fœtus 1.320 gr.

» du placenta, 360 grammes.

Q. F. P., 4,2.

Suites de couches : Du 30 Janvier au 5 Février, la température a oscillé de 37,8 à 39 sans dépasser 38,6. On a fait à l'accouchée des injections répétées de sérum anti-streptococcique.

Le 5 Février, sortie.

OBSERVATION 20

(Mai 1928)

**Métrorragies - Utérus fibromateux - Laparotomie par
Métrorragies - Hystérectomie subtotale
Avortement dissimulé**

G... Hélène, 42 ans, entrée dans le service le 9 Mai 1928.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : réglée à 14 ans, mariée à 18 ans. Cinq grossesses dont une gémellaire, deux enfants vivants, 3 avortements provoqués.

OBSERVATION : La malade entre dans le service pour métrorragies.

Depuis 3 mois, la malade, qui est une veuve âgée de 40 ans, et prétend de façon formelle ne pas avoir eu de rapports sexuels depuis deux ans, présente des règles d'une abondance anormale. En effet, leur durée qui n'était que de trois jours, s'élève à dix jours. En même temps, l'écoulement sanguin s'accompagnait de l'expulsion de caillots volumineux, et de douleurs lombaires. Puis, les hémorragies sont survenues dans l'intervalle des règles et tous les quinze jours, la malade perd abondamment.

L'hémorragie, qui a motivé l'entrée de la malade au pavillon Tarnier, a débuté il y a cinq jours dans la matinée du 9 Mai, elle est devenue très abondante, et à l'entrée, la malade perd pendant le trajet d'énormes caillots.

Examen : utérus gros, dur dans le fond, remonte à 3 travers de doigts au-dessous de la symphyse pubienne.

Le col est un col de multipare, déchiré, mou, perméable, dans son orifice externe. *La consistance du corps utérin est très dure, sur la paroi postérieure on perçoit un noyau encore plus dur de la grosseur d'une noisette. L'augmentation de volume est marquée, surtout au niveau de la paroi utérine antérieure.*

Le 21 Mai 1928. — Sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie pour métrorragies, chez une femme de 42 ans présentant un utérus gros. On tombe sur un utérus mobile, non adhérent, mais très friable, se déchirant sous la pince de Museux. On pratique l'hystérectomie subtotale. La section du col reste elle-même saignante, on péritonise le bassin d'une façon complète. Fermeture de la paroi sans drainage.

A l'examen de la pièce, on trouve dans l'utérus une masse molle, en partie sphacélée, présentant des villosités, qui ressemblent à des villosités choriales.

L'examen histologique sera fait.

Le 24 Mai, la malade avoue avoir fait un avortement incomplet.

Dans les suites, on note une température à 38° pendant 2 jours puis elle est descendue. Guérison, sortie : le 10 juin 1928.

OBSERVATION 21

(Nov. 1928)

**Gros œuf 4.450 gr. - Souffrance fœtale - Episiotomie
Fibrome utérin - Durée du travail : 32 h. env.**

P... Pascaline, 31 ans, entrée le 29 Novembre 1928.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : parents morts, ont eu dix enfants, dont 4 sont encore vivants.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 13 ans, menstruation régulière, mariage à 30 ans.

PREMIERE GROSSESSE ACTUELLE : les dernières règles datent du 21 au 25 Janvier 1927. Le terme probable est le 5 Décembre 1928. La femme entre donc dans le service au terme de sa grossesse durant laquelle elle aurait eu quelques phénomènes sympathiques et jamais d'albumine dans ses urines.

A l'examen : le squelette est bien conformé. On note un léger œdème des membres inférieurs.

Au palper : la paroi abdominale est ferme. L'utérus remonte à 34 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, il présente des contractions douloureuses. La présentation est céphalique, le dos est à gauche.

Au toucher : présentation inaccessible, dilatation comme un fr.

Accouchement : le 29 Novembre à 23 heures, monte à la salle de travail, arrivant de la ville, une primipare, primigeste, âgée de 31 ans. Les douleurs ont débuté le matin à 8 heures. L'état général est bon, l'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal. Du côté de l'utérus, on trouve que l'engagement n'est pas réalisé, la tête déborde le pubis ; sur le fond

utérin et à gauche, on perçoit une tumeur grosse comme un œuf, superficielle et attenante à l'utérus, s'extériorisant au moment des contractions. Au toucher pratiqué on note une dilatation comme deux francs.

Le 30 Novembre à 9 heures, la dilatation est comme une petite paume de main. Les contractions deviennent plus douloureuses et plus fréquentes.

A 10 heures 20 minutes les douleurs reviennent toutes les quatre minutes environ. Les battements du cœur fœtal sont à 140.

De 11 heures à 17 heures les contractions se rapprochent de plus en plus, le pouls de la mère est à 96, la température à 37°4 les battements du cœur fœtal sont voisins de 140.

A 17 h. 30, les douleurs sont presque subintrales. La température maternelle s'élève de plus en plus, son pouls est à 108. Le cœur fœtal bat à 96, et devient arythmique. La tête est toujours mobile. La continuité des contractions nous incite à faire une injection de 1 cgr. de morphine.

A 17 h. 45, l'accalmie due à l'injection de morphine est de courte durée, cependant les douleurs cessent d'être subintrales et s'espacent de quatre minutes en quatre minutes. La dilatation est complète. La poche des eaux bombe énormément. La tête est toujours mobile au détroit supérieur. On rompt les membranes et on modère l'issue d'un liquide amniotique verdâtre, véritable purée de pois cassés. Le promontoire est inaccessible.

A 18 heures, la parturiente accuse une douleur épigastrique. Les contractions se font toutes les 3 minutes, au toucher on arrive sur la tête qui s'engage.

A 13 heures 30 les contractions ne paraissent plus être efficaces.

A 19 heures 30, anesthésie générale au kélène et application du forceps. Episiotomie. Expulsion d'un enfant du sexe masculin pesant 4450 grammes.

La placenta est expulsé normalement dix minutes après l'extraction du fœtus.

La suture de l'épisiotomie est faite.

Le 31 Novembre 1928 : l'état de l'enfant est satisfaisant, celui de la mère aussi, son pouls est à 108.

Le 8 Décembre 1928 : cul de sac gauche douloureux.

Le 13 Décembre 1928, jour de sortie de la malade. A la palpation on sent le fibrome à droite dans l'hypochondre à 5 travers de doigts notablement diminué, il n'est pas douloureux au palper.

OBSERVATION 22

(Déc. 1928)

Fibrome et grossesse - Accouchement normal

B... Marie, 37 ans, entrée le 25 Décembre 1928.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES : père mort, mère vivante.

ANTECEDENTS PERSONNELS : réglée à 14 ans, menstruation régulière. Première grossesse en 1921, accouchement normal un peu long à la suite duquel la malade a fait un prolapsus du rectum. Enfant vivant. Depuis cette grossesse, elle souffre d'un fibrome qui lui donnerait des pertes sanguinolentes.

GROSSESSE ACTUELLE : dernières règles du 19 au 27 Mars 1928, le terme probable est le 2 Janvier 1929. La gestante entre dans le service à terme d'après la date de ses dernières règles. Pendant cette grossesse, dans ses urines il n'y a pas eu d'albumine.

Examen : taille 1 m. 65 ; squelette normal ; légères varices au niveau des cuisses ; œdème peu marqué aux membres inférieurs.

Au palper : hauteur de l'utérus 34 cm. au-dessus du pubis, la présentation est céphalique, le dos à gauche. A ce niveau, sur le bord latéral gauche, à la hauteur de l'ombilic, on sent un ensemble de petites nodules durs fibromateux.

A l'auscultation : bruits du cœur perçus à gauche.

Au toucher : rien à signaler.

L'examen du bassin donne :

Baudelocque, 21.

Bi-épineux, 24

Bi-crétal, 28

Bi-ischiatique, 11,5

Accouchement : Le 25 Décembre à 13 heures 45, la parturiente monte à la salle de travail.

Au toucher, on note un col effacé avec un dilatation comme cinq francs.

De 13 h. 45 à 18 h. 25, les douleurs deviennent de plus en plus violentes. Les battements du cœur fœtal restent bons.

A 18 h. 25, la dilatation est comme une petite paume de main.

A 22 heures, dilatation comme une grande paume de main. Les douleurs sont plus espacées et deviennent très violentes. Pour aider la descente de la tête et corriger la déviation de l'utérus à droite, on place un serre-corps. Injection d'huile camphrée.

A 22 h. 15, la tête apparaît à la vulve. Le dégagement se fait sans incident en O. P. à 22 h. 55. Autour du cou se trouvent 3 circulaires. La section en est faite entre deux pinces. Les épaules se dégagent ensuite successivement, l'enfant du sexe masculin reste en apnée pendant quelques secondes. A la fin de l'expulsion, issue de liquide amniotique épais et ayant l'aspect de purée de pois cassés.

Le poids de l'enfant est de 3.100 grammes.

L'expulsion du placenta se fait à 24 h. 15, placenta marginata avec insertion excentrique du cordon. Poids du placenta 720 gr. Q. F. P. 4, 1.

L'hémorragie de la délivrance est peu importante.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 23

(Due à l'obligeance de M. le Professeur LAFFONT).

Jeune femme de 21 ans, primipare, vient de nous voir au 5^e mois de sa grossesse. L'examen montre au toucher et au palper combiné, tout contre la paroi de l'utérus à gauche, et faisant corps avec elle, une tumeur de consistance fibromateuse, mais non douloureuse, grosse comme deux poings, et dont le pôle inférieur se trouve contigu à l'isthme. En raison de l'absence de douleurs, de troubles de compression, on décide de ne pas faire de myomectomie, et d'attendre le terme de la grossesse. L'accouchement s'annonce difficile. La dilatation s'effectue normalement. Le sommet descend, mais n'achève pas sa rotation. On pratique une application de forceps. L'extraction est pénible, mais tout se termine bien, pour la mère comme pour l'enfant.

Les suites de couches se passent normalement. La régression de la tumeur se fait à peu près complètement et elle est deux ou trois mois après à peine grosse comme une noix : véritable cure gravidique des fibromes.



FIG. (OBS. 24).

Ici, j'ai préféré attendre l'accouchement, car je n'ai vu la malade qu'à cinq mois. Il y avait un début de ramollissement, mais la tumeur n'avait donné lieu à aucun accident. Pendant l'accouchement le travail a été lent, pénible par défaut de rotation, et a nécessité une application de forceps. En pratiquant une myomectomie à cinq mois, je redoutais la nécessité, toujours regrettable dans ce cas, de terminer par une hystérectomie.

Ici, la tumeur était en effet largement implantée sur le muscle utérin et de type sessile. La myomectomie nous aurait vraisemblablement entraîné, très loin dans ce cas particulier. Elle eut été désirable, en raison de la grosseur de la tumeur et de son point d'implantation, mais elle nous aurait exposé à une atteinte de l'œuf, à un décollement, et peut-être aurions-nous été amené à faire l'hystérectomie.

Pour une femme de 21 ans, il fallait tout tenter pour éviter cette opération.

OBSERVATION 24

(Due à l'obligeance de M. le Professeur LAFFONT).

Femme âgée de 35 ans, secondigeste, vient consulter, parce qu'elle présente un gros ventre et une absence de règles. A l'examen, on se trouve en présence d'un utérus à myomes multiples. Le fond atteint environ quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic à trois mois de grossesse. En outre on note une douleur diffuse. Devant cette augmentation rapide du volume de l'utérus s'accompagnant de douleurs généralisées, on décide de pratiquer une hystérectomie, seule capable d'enrayer la marche galopante de cette fibromatose aiguë, par sa suppression.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée, et elle est suivie de guérison. La photographie de l'utérus montre à quel point, les lésions étaient graves et ne pouvaient guère faire espérer une issue heureuse, si l'on était resté dans l'expectative.

OBSERVATION 25

MM. CHOMÉ et LAFFONT

Publiée dans le *Bul. de la Soc. d'Obs. et Gyn.* de Paris 1927

Il s'agit d'une primipare de 24 ans qui, arrivée au terme d'une grossesse normale, dut subir une césarienne supra-symphysaire

pour bassin généralement rétréci. A ce moment la tête était élevée, le promontoire était accessible à bout de doigt. Dilatation d'une paume de main. Membranes intactes.

La césarienne s'effectue dans des conditions normales, mais pendant la délivrance artificielle, on s'aperçoit qu'un polype fibreux, du volume d'une mandarine et d'une forme légèrement ovulaire, se trouve derrière le placenta inséré lui-même au fond de l'utérus.

Le placenta est extrait avec précaution. Sur sa face interne, on observe une dépression qui correspond à l'emplacement du polype. On procède alors à une polypectomie véritablement à ciel ouvert. Un point en U au catgut fait une hémostase facile au point d'implantation. Fermeture de l'utérus. Paroi en trois plans. Suites normales.

OBSERVATION 26

Due à l'obligeance de MM. LAFFONT et SUSINI - 1929

Femme âgée de 42 ans, ayant eu 18 ans auparavant une grossesse suivie d'un accouchement normal. Depuis, pas de grossesse ni de fausses couches. Par ailleurs on relève dans ses antécédents un passé gastrique.

Depuis deux mois aménorrhée au cours de laquelle elle a des vomissements. Des metrorragies surviennent après cette période. Le Docteur SUSINI qu'elle consulte à ce moment, constate à l'examen un utérus gros débordant de 4 travers de doigt, la symphyse pubienne. Sur la partie médiane du corps utérin, on palpe une tumeur grosse comme une petite mandarine. Au toucher, on arrive difficilement sur le col utérin en raison d'un vagin distendu par des caillots, et le toucher et le palper combiné permettent d'affirmer, que la tumeur anté-utérine est pédiculée, et que son pédicule s'implante sur la paroi antérieure de l'utérus. Un traitement symptomatique est prescrit. Les jours suivants, l'hémorragie s'arrête, mais un second toucher pratiqué montre un col complètement perméable, dans lequel vient faire saillie une masse ovoïde, que l'on interprète comme étant celle d'un pôle ovulaire. Du côté des seins, on note une ébauche de montée lacteuse, la pression fait sourdre du colostrum.

A l'encôtre de ce qui devait se passer, toutes les modifications du col s'amendent et au bout de quelques jours, l'orifice utérin est complètement fermé. L'utérus a diminué de volume, mais reste cependant gros. Quant à la tumeur, elle est toujours sensiblement pareille à ce qu'elle était au début des accidents, non douloureuse en particulier. Vingt jours se passent, un petit écoulement de sang s'établit et persiste deux jours tout en s'accompagnant de petites douleurs dans les lombes, ce qui fait penser à la malade à un retour de règles.

A la suite de cet incident, elle reprend ses occupations, quand subitement deux jours après, elle présente de nouvelles hémorragies, qui nécessitent des soins. Elles ont cessé, et actuellement la malade semble bien se porter.

L'utérus a sensiblement diminué de volume ainsi que le noyau fibromateux qui est devenu plus dur et reste douloureux.

La régression de l'utérus et du fibrome peut être envisagée avec optimisme en raison de l'âge de la malade.

OBSERVATION 27

Due à l'obligeance de MM. les Professeurs HOUËL et FERRARI

Madame X..., 27 ans, primipare, réglée à 12 ans et demi. Toujours bien réglée mais menstruation douloureuse. Jamais de retard. Mariage à 23 ans et demi.

Dernières règles du 28 au 31 Mars 1927. Début de grossesse régulier, pas de vomissements, pas de constipation, depuis deux mois souffre du côté gauche. Vue par deux médecins qui ont diagnostiqué l'un kyste de l'ovaire, l'autre grossesse extra-utérine.

A l'examen, utérus développé comme dans le cinquième mois de consistance normale. Mouvements actifs et bruits du cœur perçus A gauche et en avant, accolée à l'utérus, on note la présence d'une masse plus dure, arrondie, régulière, grosse comme une grosse orange, mobilisable avec l'utérus. Il n'est pas permis de percevoir de contractions à ce niveau.

Diagnostic : fibrome de grossesse confirmé par le Dr FERRARI. On décide la myomectomie.

Opération : Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un utérus gravidé remontant au niveau de l'ombilic. Sur sa face antérieure, à gauche de la

ligne médiane, et à 5 centimètres environ au-dessous du sommet utérin, se trouve un fibrome intra pariétal de la grosseur d'une grosse orange. Incision de la paroi utérine sur la tumeur. Myomectomie facile. La tumeur enlevée, on fait l'hémostase sur quelques vaisseaux qui saignent. Capitonnage de la cavité avec du catgut n° 2. Fermeture de l'utérus par deux autres plans au catgut, un pariétal purement musculaire, l'autre séro-séreux. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites normales. Accouchement à terme. Travail régulier.

OBSERVATION 28

Obs. LAFFONT - Soc. d'Obs. et de Gyn. d'Alger - Mai 1928

Mme F..., 37 ans, 1 pare. Emphysémateuse. Deux fausses couches antérieures. Dernières règles du 7 au 10 juillet 1925.

Au cours de la grossesse on constate 3 fibromes : un premier de la grosseur d'un œuf sur la face antérieure; un deuxième vers la corne gauche de la grosseur d'un gros poing; un troisième prævia, dans le cul de sac postérieur, de la grosseur d'un petit poing. La grossesse est suivie régulièrement. Aucun incident à signaler sauf un léger œdème et l'apparition de sucre dans les urines : 8 gr. 2.

Vers le début de mars, le fibrome prævia commence à se mobiliser. Vers le 10-15 mars, il remonte franchement. Vers le 20 mars il disparaît derrière la tête qui appuie et tend à se fixer.

Au début d'avril, c'est à peine si l'on peut arriver à se rendre compte qu'en arrière la partie de l'utérus voisine de la tumeur est un peu épaissie.

Lorsque le travail se déclare, le 12 avril à 11 heures du soir, on constate que les douleurs se succèdent avec régularité et rapidité. La tête s'engage pendant que le col s'efface vite et commence sa dilatation. La femme est mise en clinique pour être surveillée dans de meilleures conditions.

A 6 heures du matin, le 13 avril, après 7 heures de bonnes douleurs, la tête est en plein dans l'excavation et la dilatation est presque complète. Bruits du cœur bons. Les membranes se sont rompues spontanément à 4 heures, laissant écouler un liquide légèrement teinté de méconium.

De 7 heures à 10 heures, les douleurs sont toujours rapprochées et la femme a envie de pousser.

A l'examen on constate que la dilatation n'a plus progressé. Il reste en avant un centimètre de col environ. Rien en arrière. Le liquide est de plus en plus teinté de méconium. Bruits du cœur accélérés. La mère a un pouls rapide; elle est oppressée. Fatigue cardio-pulmonaire due à son emphysème. Huile camphrée et préparatif pour une extraction au forceps.

A 11 heures (12 heures après le début du travail), sous anesthésie à l'éther, application de forceps sur une tête en gauche antérieure après petite incision de la lèvre antérieure vers la ligne médiane.

La rotation se fait facilement. L'extraction commence aussitôt, mais on constate qu'elle devient rapidement pénible et lente. Conduite avec prudence, elle finit par aboutir au bout de dix minutes environ à l'extraction en O. U. d'une tête de volume moyen après épisiotomie. Désarticulation du forceps. La rotation externe de l'occiput à gauche est faite avec difficulté. La tige cervicale ne descend pas à la vulve, le cou paraît trop court et la tête est attirée vers l'excavation.

Tractions à la main d'abord modérées puis plus énergiques. La descente des épaules ne se fait pas. A l'examen on constate qu'elles restent élevées, coincées au détroit supérieur entre le pubis en avant et la tumeur en arrière. On essaie d'extraire au doigt puis au crochet l'épaule antérieure. Vaines tentatives. L'arrêt est complet, la tumeur ne remonte pas. Les bruits du cœur lents et irréguliers au début du travail ont cessé depuis l'application du forceps.

Pour en terminer, on pratique une décollation rapide à la vulve. Le tronc est refoulé et, avec la main plus facilement introduite maintenant, on abaisse le bras antérieur qui sert de tracteur. L'épaule antérieure est ainsi extraite, la postérieure glisse obliquement et lentement vers la tumeur restée en arrière jusque là en épaulette sur elle.

Délivrance naturelle. Trois crins sur l'épisiotomie. L'enfant pèse 4 kg. 500. Placenta de 650 grammes. Suites très simples.

OBSERVATION 29

Gbs. LAFFONT - Soc. d'Obs. et de Gyn. d'Alger - Déc. 1923

B..., 43 ans, 1 pare. Antécédents nuls.

Dernières règles vers le 20 octobre 1921.

L'évolution de la grossesse est normale, mais on constate l'existence d'un fibrome du volume d'une orange, pédiculé au fond, en avant et à droite de l'utérus. Il est parfois douloureux mais rarement. Nous laissons, mon ami Chomé et moi, évoluer la grossesse sans intervenir en raison de la localisation de la tumeur et l'absence de réaction locale.

La femme entre en travail à terme le 26 juillet 1922.

L'accouchement est long, pénible, et la dilatation complète n'est obtenue qu'après un travail de 50 heures.

A ce moment, le 28 à 5 heures du matin, le travail ne progresse plus; la femme est fatiguée; une application de forceps est nécessaire pour terminer l'accouchement.

Extraction d'un enfant vivant et bien portant.

Hémorragie de la délivrance qui nécessite une délivrance artificielle.

Le lendemain, 29 juillet, le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation. L'utérus est également douloureux. Pas de vomissements; état général bon. Pas de température. Pouls à 110 environ. On met de la glace sur le ventre.

Mise en observation très serrée.

Le 30, l'abdomen est moins douloureux. L'état général reste bon. La température est normale et le pouls se maintient comme la veille aux environs de 110. Même thérapeutique.

Le 31, même état. L'abdomen n'est ni ballonné ni plus douloureux.

Le 1^{er} août, le tableau change rapidement : les signes manifestes de péritonite apparaissent. L'abdomen se ballonne à nouveau et redevient très douloureux. Nous décidons aussitôt d'intervenir.

A 14 heures, laparotomie médiane sous anesthésie locale, complétée par quelques bouffées d'éther. Du liquide bouillon sale s'écoule aussitôt.

Sur l'angle droit de l'utérus nous trouvons le fibrome tordu sur son pédicule qui est blanc et présente un tour de spire très net.

Ablation du fibrome; large drainage après inondation du péritoine au sérum anti-streptococcique. L'état général qui s'est aggravé rapidement depuis la matinée ne permet pas de faire plus.

Aggravation des symptômes dans la soirée et le lendemain, décès le 3 août à 21 heures, c'est-à-dire 6 jours après l'accouchement et 55 heures après l'opération.

A la coupe, le fibrome présente des trainées blanc-grisâtres et rosées donnant à la pièce un aspect moiré caractéristique du sphacèle des fibromes.

L'examen microscopique décèle des cultures pures de streptocoques sans le liquide péritonéal.

OBSERVATION 30

Obs. LAFFONT - Soc. d'Obs. et de Gyn. d'Alger - Déc. 1923

B... R..., 33 ans, 1 pare. Antécédents : troubles vésicaux en 1918. Dernières règles : 20-25 juillet 1922.

La grossesse évolue normalement tout d'abord, puis vers le 15 novembre la malade se plaint de douleurs localisées dans le flanc droit et s'irradiant jusque dans les lombes. C'est à ce moment que je la visite et que je constate l'existence d'une tumeur mobile du volume et de la forme du rein, coiffant la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est très facilement mobilisable et semble se réduire jusque dans la région lombaire sous une douce pression. La palpation de la tumeur est assez douloureuse et la malade accuse des douleurs spontanées très vives par moment. La grossesse, à ce moment, est de 3 mois et demi environ.

Les conclusions de ce premier examen sont en faveur d'un fibrome pédiculé de la corne droite de l'utérus, et la malade est prévenue de la nécessité d'une prochaine intervention si les symptômes douloureux ne s'amendent pas.

Quelques jours plus tard, en même temps que des douleurs devenaient un peu plus intenses, apparaissaient des troubles urinaux caractérisés par de la cystite avec urines troubles et envies fréquentes d'uriner. La tumeur est toujours très mobile et facilement réductible. Elle est très sensible au palper. Cet ensemble de symptômes me décide à confier la malade aux examens d'un orologiste et d'un radiographe. La série des investigations auxquelles se livrent mes confrères DELIVET et DARBOIS font conclure ces spécialistes à la présence d'un rein mobile et douloureux avec urines purulentes.

On s'abstient de toute intervention et l'on conseille du repos et des antiseptiques urinaux.

La grossesse arrive à son terme sans gros ennui. Des douleurs parfois très vives immobilisent de temps en temps la malade, dont l'état général reste bon malgré tout.

Le travail débute lentement le 25 avril et la dilatation complète n'est obtenue que le 27 dans la soirée.

La période d'expulsion traîne, les douleurs sont rares. Une piqure d'hypophyse permet d'éviter une application de forceps en réveillant de bonnes contractions, et l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant bien portant.

Délivrance normale et complète sauf par endroits où quelques lambeaux de caduque manquent.

Je constate très nettement pendant la délivrance que la tumeur est pédiculisée sur l'angle droit de l'utérus et je perçois le pôle inférieur du rein resté dans sa loge. Il s'agissait donc bien d'un fibrome.

Le lendemain, 28 avril, apparition de douleurs utérines à intervalles réguliers, analogues à des tranchées. Etat général bon. Température de 38°5. Pouls normal. Application de glace.

Le 29, même état. En raison de la persistance de la température, mon confrère ALEXANDRE, appelé en consultation, conseille de faire une révision utérine qui ne ramène que de tous petits débris de caduque ; injection intrine au Tarnier.

Le 30, le 1^{er} Mai et le 2 Mai, nous constatons une réelle détente dans les symptômes généraux et locaux. La glace est toujours maintenue sur l'abdomen.

Le 3 Mai au matin, l'état s'est assez rapidement modifié, après quelques régurgitations la malade a eu des vomissements de plus en plus porracés et le pouls resté bon jusque-là devient petit et rapide. Transportée à l'isolement de la clinique Tarnier, dans l'après-midi, j'aide mon maître, M. le Professeur BRINDEAU à pratiquer l'intervention suivante :

Anesthésie rachidienne : 0 gr. 07 de stovaïne.

Incision à droite le long du bord externe du muscle grand droit. Le péritoine contient de la sérosité louche et épaisse. Le tablier épiploïque recouvre et adhère à la tumeur qui baigne dans une loge de pus située dans le flanc. Résection de quelques éléments épiploïques adhérents et ablation de la tumeur ainsi dégagée : Il s'agissait bien d'un fibrome probablement tordu. Celui-ci molasse, très friable, transformé en une véritable éponge de pus, de la grosseur d'une mandarine, siège au fond et à droite de l'utérus. Le pédicule, de plusieurs centimètres de longueur, est tellement friable qu'il se rompt au premier contact, sans déterminer la moindre hémorragie.

Lavage à l'éther de la cavité abdominale, en respectant les adhérences qui ont pu s'organiser sur la périphérie de la loge purulente ; on draine largement.

Le pus de la loge où se trouvait le fibrome sphacélé était très épais, rouge foncé et ne sentait pas mauvais.

Le lendemain après une nuit assez bonne, l'état général s'aggrave, et la malade meurt dans la nuit du 4 au 5 Mai.

L'examen du pus et desensemencements faits avec les débris de la tumeur ont montré la présence de streptocoques à l'état de pureté, sans aucune association.

Conclusions

I. — Les fibromes utérins au cours de la puerpéralité, sont plus fréquents qu'on ne le suppose généralement. Beaucoup de cas doivent passer inaperçus du fait de leur silence symptomatique. On doit les rechercher chez toutes les femmes enceintes car on peut les rencontrer même chez les plus jeunes primipares comme chez les plus grandes multipares. On les observe plus particulièrement chez les primipares âgées.

II. — La nécrobiose aseptique des fibromes gravidiques autrefois connue dans sa forme grave seulement, est une complication que l'on rencontre souvent, maintenant que l'on sait en reconnaître les formes frustes.

III. — L'ascension des fibromes du segment inférieur se réalise le plus souvent au début du travail ; toutefois, cette migration au-dessus de la présentation, n'est pas exempte de dystocie.

IV. — Le diagnostic de fibrome est grossesse est en général facile, mais dans les cas d'utérus fibromateux il peut rester longtemps hésitant.

V. — Le traitement est uniquement chirurgical.

Au cours de la grossesse : selon la mobilité et le point d'implantation du fibrome, on pratiquera la myomectomie prophylactique jusque vers la fin du 4^e mois; s'il n'y a pas d'accidents on pourra attendre le terme.

Pendant le travail s'il s'agit d'un fibrome du corps, ne pas intervenir ; s'il s'agit d'un fibrome prævia en cas de non ascension, il faut pratiquer la césarienne suivie sauf exception d'hystérectomie. Dans certains cas favorables à dilatation complète, laisser évoluer l'accouchement.

Pendant la délivrance : redouter la délivrance artificielle et tenter auparavant la délivrance hydraulique.

Dans les suites de couches : Surveiller le pouls et la température et pratiquer dès les premiers symptômes infectieux, une hystérectomie : « *opération de sécurité* ».

Selon la mobilité, le point d'implantation et les symptômes douloureux précités, la myomectomie, « *opération de choix* », pourra être indiquée et exécutée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — Journ. des Sciences Méd. de Bordeaux, mai 1929. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn., Paris 1928.
- AUDEBERT et FOURNIER — Cong. de G. O. P., Lille 1913.
- AUTEFAGE. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. Paris, 1921.
- ALECSIU. — Thèse, Paris 1925.
- BAUDOT. — Thèse de Nancy, 1925.
- BABELET. — Thèse Bordeaux, 1910.
- BALARD. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn Paris, 1920-1922.
- BAR, BINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, 1927.
- BARDON. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn., Paris 1922.
- BARBIER. — Thèse Bordeaux, 1919.
- BEGOUIN et PERY. — Gaz. des Ss. Méd. de Bordeaux, mai 1921.
- BEGOUIN. — Soc. d'Obs. Gyn., Paris 1925.
- BENOIT-GONIN. — Thèse Lyon, 1923.
- BETBEZE. — Thèse Toulouse, 1923.
- BERNIOLLE. — Thèse Paris, 1906.
- BERGER. — Thèse Paris, 1907.
- BOURSIER. — Congrès de G. O. P., Nantes 1901.
- BLANCHARD. — Thèse Paris, 1907.
- BRINDEAU. — Pres. Méd. 1923 et Journ. des Praticiens, 1925.
- BURTY. — Thèse Paris, 1902.
- CHRISTITCH. — Thèse Nancy, 1921.
- CLEISZ. — Thèse Nancy, 1907.
- CHAVANNAZ. — Congrès de Chir. Oct., 1919.

- COMMANDEUR. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn., Paris 1924.
- DENIS, — Thèse Bordeaux, 1925.
- DEVRAIGNE et DEMELIN. — Le manuel de l'accoucheur, 1924.
- DEVRAIGNE et LACOMBE. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. Paris, 1922.
- DEVRAIGNE et ARVISET. — Bull. Soc. des chirurgiens de Paris, 1929.
- DEHAN. — Thèse Bordeaux, 1922.
- DE ROUVILLE. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. Paris, 1928. — Cong. de Chir, 1927.
- FONTAINE. — Thèse Paris, 1914.
- FAUGERE et LACOUTURE. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn., Paris 1921.
- FRUHINSHOLZ. — Bull. de la Soc. d'obs. et Gyn., Paris 1920, 1928.
- GENILLON. — Thèse Lille 1919.
- GROSSE. — Thèse Paris 1902.
- GOULLIoud. — Presse Méd., 1922. — Soc. nat. de Méd. de Lyon, 1925.
- GAMBIER. — Thèse Bordeaux, 1908.
- GRAND CLEMENT. — Thèse Lyon, 1922.
- HARTMAN. — Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1923.
- HEINECK. — (Chicago) Gaz. des Sciences Méd. de Bordeaux, 1920.
- JAMAIN. — Thèse Paris, 1907.
- JEANNIN. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn. Paris, décembre 1923. — Leçons du jeudi soir à la clinique TARNIER, 1924.
- JOUBERT. — Thèse Paris, 1907.
- JOB. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1922.
- KEIFFER. — La Gyn. en 1920.
- LEPAGE. — Ann. de Gyn. et obs., 1900. — Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1913.
- LEPAGE et MOUCHOTTE. — Ann. de Gyn. et d'obs., 1906.
- LAFFONT. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1924.
- LAFFONT et CHOME. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1927.
- LE LORIER. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1926.
- LEROUX. — Thèse de Paris, 1923.

- LABEY. — Congrès de Chir, 1924.
LEMELAND. — Thèse de Paris, 1909.
MEGALLI. — Thèse de Lyon, 1925.
MIRCOUCHE. — Thèse Paris, 1925.
PINARD. — Ann. de Gyn. et obs., 1901. — Congrès de G. O. P.
Nantes 1901.
PINARD, VARNIER et LEPAGE. — Bull. de Soc. d'obs. et Gyn,
1901.
PACAUD. — Thèse Lyon, 1925.
PIQUAND. — Thèse Paris, 1905.
PIQUAND et LEMELAND. — Rev. de Gyn., 1909 et Paris Méd.,
1922.
REEB. — Gyn. et obs., 1921. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn., 1923-1928.
RIBEMONT-DESSAIGNES. — Traité d'obs., 1923.
TEULLIERES. — Thèse de Bordeaux, 1921.
TURNER. — Thèse de Paris, 1900.
VANVERTS. — Bull. Soc. d'obs. et Gyn., 1927.
VAUTRIN. — Bull. de Soc. d'obs. et Gyn. Paris, 1928.
VIEL. — Thèse Paris, 1920.
VARNIER. — Ann. de Gyn. et d'obs., 1904.
VORON et DUCROUX. — Bull. d'obs. et Gyn. de Paris, 1924.

VU :

Le Président de Thèse

LAFFONT

VU :

Le Doyen

ARDIN-DELTEIL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur

TAILLIART

